

Inhaltsverzeichnis

HISTORIE.....	3
SCHLÜSSEL 1: AUFNAHMEGRUND	4
SCHLÜSSEL 2: RESERVIERT	5
SCHLÜSSEL 3: EINZELVERGÜTUNG AMBULANTE OPERATION, ERLÄUTERUNG.....	5
SCHLÜSSEL 4 TEIL I: ENTGELTART STATIONÄR	6
SCHLÜSSEL 4 TEIL II: ENTGELTART AMBULANT	28
SCHLÜSSEL 4 TEIL III: ENTGELTARTEN BPFLV (BEI ANWENDUNG §17D KHG)	33
SCHLÜSSEL 5: ENTLASSUNGS-/VERLEGUNGSGRUND	43
SCHLÜSSEL 6: FACHABTEILUNGEN.....	45
SCHLÜSSEL 7: INTERNATIONALES LÄNDERKENNZEICHEN	51
SCHLÜSSEL 8: MERKMAL KOSTENÜBERNAHME.....	54
SCHLÜSSEL 9: VERARBEITUNGSKENNZEICHEN	56
SCHLÜSSEL 10: PRÜFUNGSVERMERK	57
SCHLÜSSEL 11: RECHNUNGSART	59
SCHLÜSSEL 12: VERSICHERTENSTATUS.....	59
SCHLÜSSEL 13: RESERVIERT	60
SCHLÜSSEL 14: RESERVIERT	60
SCHLÜSSEL 15: ZUZAHLUNGSKENNZEICHEN	60
SCHLÜSSEL 16: LOKALISATION	60
SCHLÜSSEL 17: DIAGNOSENSICHERHEIT	60
SCHLÜSSEL 18: WÄHRUNGSKENNZEICHEN	61
SCHLÜSSEL 19: ZUSATZKENNZEICHEN EBM	61
SCHLÜSSEL 20: EBM-ZIFFERN	62
SCHLÜSSEL 21: GESCHLECHT	62
SCHLÜSSEL 22: LEISTUNGSBEREICH (116B)	62
SCHLÜSSEL 23: PIA-LEISTUNG.....	65
SCHLÜSSEL 24: LEISTUNGSART	67
SCHLÜSSEL 25: TEAMEBENE (§116B).....	68
SCHLÜSSEL 26: KV-BEZIRK	68
SCHLÜSSEL 27: FACHGRUPPENCODE (§116B)	70
SCHLÜSSEL 28: DOKUMENTATION SCHWERER VERLAUFSFORMEN – TNM – NACH § 116B (NEU)78	
SCHLÜSSEL 29: DOKUMENTATION SCHWERER VERLAUFSFORMEN-PROGRESSION – NACH § 116B (NEU)	

SCHLÜSSEL 30: INFORMATION PRÜFVV	81
SCHLÜSSEL 31: ART DER INFORMATION (ENTLASSMANAGEMENT).....	83
ANHANG A: RESERVIERT	85
ANHANG B: ENTGELTARTEN	85
ANHANG C: FEHLERCODES	85
ANHANG D: EBM-ZIFFERN	85

Version: 96
Vertragsstand: 01.12.1994
Stand der Anlage 03.12.2019
Stand der letzten Anlage 08.07.2019
Anzuwenden ab 01.01.2020

Historie

Version	Status	Datum	Autor/ Redaktion	Abschnitt	Erläuterung
89	abgestimmt	08.12.2017		Schlüssel 1, 4 etc.	Anpassung an den Nachtrag vom 08.12.2017 mit Wirkung zum 01.01.2018
90	abgestimmt	19.04.2018		Schlüssel 23 etc.	Anpassung an den Nachtrag vom 19.04.2018 mit Wirkung zum 01.07.2018
91	abgestimmt	17.04.2018		Schlüssel 2,12,13 etc.	Anpassung an die 15.Fortschreibung vom 17.04.2018 mit Wirkung zum 01.01.2019
92	abgestimmt	12.10.2018		Schlüssel 4, 8 etc.	Anpassung an den Nachtrag vom 12.10.2018 mit Wirkung zum 01.01.2019
93	abgestimmt	17.05.2019		Schlüssel 4 Teil 1 und 3, Schlüssel 21, 22 etc.	Anpassung an den Nachtrag vom 17.05.2019 mit Wirkung zum 01.07.2019
94	abgestimmt	17.05.2019		Schlüssel 4 Teil 1 und 2, Schlüssel 24	Anpassung an den Nachtrag vom 17.05.2019 mit Wirkung zum 01.01.2020
95	abgestimmt	08.07.2019		Schlüssel 4 Teil 1	Anpassung an den Nachtrag vom 08.07.2019 mit Wirkung zum 01.01.2020
96	abgestimmt	03.12.2019		Schlüssel 4 Teil 1 und 3; Schlüssel 5, 6, 11, 23, 30	Anpassung an den Nachtrag vom 08.07.2019 mit Wirkung zum 01.01.2020

Schlüssel 1: Aufnahmegrund

- | | | |
|-----------------|----|--|
| 1. u. 2. Stelle | 01 | Krankenhausbehandlung, vollstationär |
| | 02 | Krankenhausbehandlung vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung |
| | 03 | Krankenhausbehandlung, teilstationär |
| | 04 | Vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung |
| | 05 | Stationäre Entbindung |
| | 06 | Geburt |
| | 07 | Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003 |
| | 08 | Stationäre Aufnahme zur Organentnahme |
| | 09 | - frei - |
| | 10 | Stationsäquivalente Behandlung |
| 3. u. 4. Stelle | 01 | Normalfall |
| | 02 | Arbeitsunfall / Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V) |
| | 03 | Verkehrsunfall / Sportunfall / Sonstiger Unfall (z. B. § 116 SGB X) |
| | 04 | Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt |
| | 05 | - frei - |
| | 06 | Kriegsbeschädigten-Leiden / BVG-Leiden |
| | 07 | Notfall |

Bei Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers:
21 bis 27 anstelle 01 bis 07

Bei Behandlungen im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung:
41 bis 47 anstelle 01 bis 07

Im Falle eines Zuständigkeitswechsels des Kostenträgers während einer Behandlung im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung ist die Behandlung im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung vorrangig anzugeben, wenn der Versicherte seine Teilnahme auch gegenüber der neu zuständigen Krankenkasse erklärt hat.

Bei Aufnahme von Patienten in Verbindung mit einem Arbeitsunfall (einschließlich „Wegeunfall“) ist der Aufnahmegrund 3.-4. Stelle „02“ zu verwenden. Wird stattdessen „07“ (Notfall) verwendet, ist eine Ablehnung der Leistungspflicht über den Kostenübernahmesatz mit dem Merkmal Kostenübernahme „05“ (Ablehnung, Unfallversicherung zuständig) möglich. Die Angabe, ob es sich im Aufnahmesatz um den Aufnahmegrund „Notfall“ (3.-4. Stelle „07“) handelt, erfolgt durch das Krankenhaus. Die Angabe kann in diesem Fall von der des einweisenden Vertragsarztes auf dem Einweisungsschein abweichen.

Der Aufnahmegrund `05` (Stationäre Entbindung) ist ebenfalls bei Totgeburten (totgeborenes Kind) zu verwenden.

Schlüssel 2: reserviert

Schlüssel 3: Einzelvergütung Ambulante Operation, Erläuterung

1. u. 2. Stelle
- 01 Im Körper verbleibende Implantate in Summe (siehe Hinweis)
 - 02 Röntgenkontrastmittel (siehe Hinweis)
 - 03 Pauschalvergütung Qualitätssicherung
 - 04 Pauschalvergütung Sachmittel (auch für §§ 116b, 117, 118, 119 SGB V)
 - 05 honorarsummenrelevante Pauschalvergütung
 - 06 teilweise honorarsummenrelevante Pauschalvergütung
 - 07 Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, Gefäßschleuse, Einführungsbesteck und Verschlussysteme im Zusammenhang mit angiologisch-diagnostischen und –therapeutischen, gefäßchirurgischen und phlebologischen Leistungen (siehe Hinweis)
 - 08 Iris-Retraktoren, Kapselspannringe und Injektionshalterungen bei ophthalmochirurgischen Eingriffen (siehe Hinweis)
 - 09 Ophthalmica (Viskoelastika, Perfluordecaline, Silikonöl, C3F8-Gas) bei ophthalmochirurgischen Leistungen (siehe Hinweis)
 - 10 Narkosegase, Sauerstoff (siehe Hinweis)
 - 12 Erstattung für Arzneimittel (75 % des Apotheken-Einkaufspreises nach Lauertaxe zuzüglich Mehrwertsteuer)
 - 13 Erstattung für Photonensensibilisatoren bei der Photodynamischen Therapie und Hormonpräparate bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (80% des Apotheken-Einkaufspreises nach Lauertaxe zuzüglich Mehrwertsteuer)
 - 14 Nahtmaterial (siehe Hinweis)
 - 15 Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht im Zusammenhang mit gastrokopischen Leistungen (inkl. Leistungen an den Gallenwegen) (siehe Hinweis)
 - 16 Trokare, Endoclips und Einmalapplikatoren für Clips im Zusammenhang mit laparoskopischen Leistungen (siehe Hinweis)
 - 17 Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht im Zusammenhang mit Leistungen zur In-Vitro-Fertilisation abzüglich des Patienteneigenanteils (siehe Hinweis)
 - 18 Schienen, Kompressionsstrümpfe (nicht Anti-Thrombosestrümpfe) (siehe Hinweis)
 - 50 Pauschale für Sprechstundenbedarf (nur für §§ 116b, 117, 118 und 119 SGB V)
 - 51 Pauschale für Sprechstundenbedarf inklusive Kontrastmittel (nur für §§ 116b (alt), 117, 118 und 119 SGB V)
 - 52 Kontrastmittelpauschale (nur für §§ 116b, 117, 118 und 119 SGB V)
- Hinweis:*

Materialien, soweit sie 12,50 € je aufgeführter Sachmittelposition übersteigen (§ 9 Abs. 5 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V)

§116b neu: EZV-Schlüssel `04` (Pauschalvergütung Sachmittel) ohne Kosten für Kontrastmittel, Kosten für Kontrastmittel sind mit `52` in Rechnung zu stellen.

Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel
01	Tagesgleicher Pflegesatz für Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, und Psychosomatik/Psychotherapie
02	Ermäßigter Abteilungspflegesatz für Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, und Psychosomatik/Psychotherapie nach § 14 Abs. 2 Satz 3 oder Abs. 7 Satz 2 BpflV ¹
03-28	reserviert
40	Zuschlag nach § 8 Abs. 3 BpflV bzw. § 8 Abs. 3 KHEntgG (Investitionszuschlag)
41	Entgelt für vorstationäre Behandlung
42	Entgelt für nachstationäre Behandlung
43	Pflegesatz bei Beurlaubung
44	Modellvorhaben nach § 24 BpflV bzw. § 26 BpflV (Altvorhaben)
45	Wahlleistung Unterkunft (nur für Knappschaft)
46	Zuschlag für Qualitätssicherung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 7 KHEntgG oder § 7 Satz 1 Nr. 3 BpflV
47	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BpflV und sonstiger Zu- und Abschlag
48	DRG Systemzuschlag
49	Abrechnungsergänzungen
50-51	reserviert
60	Sonderfall
61	Entgelt für integrierte Versorgung nach § 140c SGB V
62	Abschlag bei Entgelten für integrierte Versorgung nach § 140c SGB V
63	Entgelt für Modellvorhaben nach § 63 SGB V
65	Zusatzentgelt für DMP
70	DRG-Fallpauschale nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG

¹ BpflV in seiner bis 31.12.2013 gültigen Fassung

	71	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 1 Abs. 2 Satz 1 FPV oder tagesbezogene teilstationäre DRG-Fallpauschale ab 2. Tag
	72	Abschlag bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 FPV
	73	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 FPV
	74	Entgelt für Pflegeerlös/Tag
	75	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG
	76	Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, 3, 5 oder 6 KHEntgG
	77	reserviert
	78	Teilstationäre Leistung nach § 6 Abs. 2 FPV
	79	reserviert
	80	Entgelt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 KHEntgG (fallbezogen)
	81	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
	82	Abschlag bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
	83	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
	84	Pflegeanteil für tages- oder fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	85	Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	86	Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs.1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	87	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogen Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	88	Abschlag bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	89	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	90	Qualitätsverträge nach § 110a SGB V
	91- 94	reserviert

01*- Tagesgleicher Pflegesatz für Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, und Psychosomatik/Psychotherapie

02*- Ermäßigter Abteilungspflegesatz für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Allgemeine Psychiatrie und Psychosomatik/Psychotherapie

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	01	Tagesgleicher Pflegesatz für Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, und Psychosomatik/Psychotherapie
	02	Ermäßigter Abteilungspflegesatz für Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, und Psychosomatik/Psychotherapie
	3. Stelle	
	0	keine weitere Differenzierung
	4. Stelle	
	0	keine weitere Differenzierung
	5.-8. Stelle	
	0001	Basispflegesatz, vollstationär
	0002	Basispflegesatz, teilstationär
	4. Stelle	
	1	Abteilungspflegesätze
	5.-8. Stelle	
	XXXX	Fachabteilungsschlüssel der Allgemeinen Psychiatrie (29*), der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30*) und der Psychosomatik/Psychotherapie (31*) (siehe Schlüssel 6) ohne somatische Fachabteilungen
	4. Stelle	
	3	Teilstationäre Pflegesätze
	5.-8. Stelle	
	XXXX	Fachabteilungsschlüssel der Allgemeinen Psychiatrie (29*), der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30*) und der Psychosomatik/Psychotherapie (31*) (siehe Schlüssel 6) ohne somatische Fachabteilungen
	4. Stelle	
	4	Pflegesätze für Belegpatienten
	5.-8. Stelle	
	XXXX	Fachabteilungsschlüssel der Allgemeinen Psychiatrie (29*), der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30*) und der Psychosomatik/Psychotherapie (31*) (siehe Schlüssel 6) ohne somatische Fachabteilungen
	4. Stelle	

			5	Teilstationäre Pflegesätze für Belegpatienten
				5.-8. Stelle
			XXXX	Fachabteilungsschlüssel der Allgemeinen Psychiatrie (29*), der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30*) und der Psychosomatik/Psychotherapie (31*) (siehe Schlüssel 6) ohne somatische Fachabteilungen

40*- Zuschlag nach § 8 Abs. 3 BpflV bzw. § 8 Abs. 3 KHEntgG (Investitionszuschlag)

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	40	Zuschlag nach § 8 Abs. 3 BpflV bzw. § 8 Abs. 3 KHEntgG (Investitionszuschlag)
		3. Stelle
	0	keine weitere Differenzierung
		4. -8. Stelle
	00000	keine weitere Differenzierung

41*- Entgelt für vorstationäre Behandlung

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	41	Entgelt für vorstationäre Behandlung
		3. Stelle
	0	keine weitere Differenzierung
		4. -8. Stelle
	10901	Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Erwachsenen, Bayern, erster Behandlungstag
	10902	Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Erwachsenen, Bayern, zweiter und jeder weitere Behandlungstag
	90000	Durchschnittspauschale neue Länder
	90100	Fallbezogene Pauschale Innere Medizin
	90200	Fallbezogene Pauschale Innere Geriatrie
	...	
	93600	Fallbezogene Pauschale Intensivmedizin
	93700	Fallbezogene Pauschale Sonstige Fachabteilung
	XXXXXX	Einzelleistungsvergütung med.-tech. Großgeräte (nach DKG-NT I / BG-T-Ziffern), siehe Anhang B

		80010	Vergütung für Leistungen nach Maßgabe des § 5 der Allgemeinen Tarifbestimmungen des DKG-NT/BG-T (z. B. Kontrastmittel) nach Einstandspreis, siehe Anhang B
--	--	-------	--

42*- Entgelt für nachstationäre Behandlung

1. und 2. Stelle		Entgeltschlüssel	
	42	Entgelt für nachstationäre Behandlung	
		3. Stelle	
	0	keine weitere Differenzierung	
		4. -8. Stelle	
		90000	Durchschnittspauschale neue Länder
		90100	Tagesbezogene Pauschale Innere Medizin
		90200	Tagesbezogene Pauschale Innere Geriatrie
		...	
		93600	Tagesbezogene Pauschale Intensivmedizin
		93700	Tagesbezogene Pauschale Sonstige Fachabteilung
		XXXXX	Einzelleistungsvergütung med.-tech. Großgeräte (nach DKG-NT I / BG-T-Ziffern), siehe Anhang B (nach DKG-NT I / BG-T-Ziffern)
		80010	Vergütung für Leistungen nach Maßgabe des § 5 der Allgemeinen Tarifbestimmungen des DKG-NT/BG-T (z. B. Kontrastmittel) nach Einstandspreis, siehe Anhang B (nach DKG-NT I / BG-T-Ziffern)

43*- Pflegesatz bei Beurlaubung

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	43	Pflegesatz bei Beurlaubung
	3. Stelle	
	0	keine weitere Differenzierung
	4. -8. Stelle	
	00001- 00009	reserviert
	4. Stelle	
	1	Abteilung (vollstationär)
	2	Besondere Einrichtung
	3	Abteilung (teilstationär)
	4	Belegabteilung (vollstationär)
	5	Belegabteilung (teilstationär)
	5.-8. Stelle	
	XXXX	Fachabteilungsschlüssel (siehe Schlüssel 6, wenn 4. Stelle = 1, 3, 4 oder 5 bzw. Schlüssel für besondere Einrichtungen wenn 4. Stelle=2: 0010-0091, siehe Anhang B)

44*- Modellvorhaben nach § 24 BPfIV bzw. § 26 BPfIV (Altvorhaben)

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	44	Modellvorhaben nach § 24 BPfIV bzw. § 26 BPfIV (Altvorhaben)
	3. Stelle	
	0	keine weitere Differenzierung
	1-6	auch möglich wenn explizit vereinbart
	4. -5. Stelle	
	01ff.	Länderschlüssel
	6. -8. Stelle	
	001ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, siehe Anhang B

45*- Wahlleistung Unterkunft (gilt nur für Knappschaft)²

1. und 2. Stelle	Entgeltsschlüssel	
	45	Wahlleistung Unterkunft (gilt nur für Knappschaft)
	3. Stelle	
	0	keine weitere Differenzierung
	4. -8. Stelle	
	00001	Einbettzimmer-Zuschlag (wird bei Zahlung durch übernahmefähigen Zweibettzimmer-Zuschlag ersetzt)
	00002-00009	Zweibettzimmer-Zuschlag, krankenhausindividuelle Staffelung

46*- Zuschlag für Qualitätssicherung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 7 KHEntgG oder § 7 Satz 1 Nr. 3 BpflV

1. und 2. Stelle	Entgeltsschlüssel	
	46	Zuschlag für Qualitätssicherung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 7 KHEntgG oder § 7 Satz 1 Nr. 3 BpflV
	3. Stelle	
	0	keine weitere Differenzierung
	4. -5. Stelle	
	00	bundesweit
	01ff.	Länderschlüssel
	6. Stelle	
	0	Allgemeiner Zuschlag ab 2004
	7.-8. Stelle	
	00	allgemeiner Zuschlag ab 2004
	02	Behandlung von Schlaganfallpatienten

² Gilt nur für Knappschaft: Auch zur Verwendung in psychiatrischen/psychosomatischen Behandlungsfällen gemäß BpflV bei Anwendung des §17d KHG neben Teilzahlungsentgelten oder ggf. nach Gutschrift in der Schlussrechnung/Nachtragsrechnung zu übermitteln.

47*- Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BPflV und sonstiger Zu- und Abschlag

1. und 2. Stelle		Entgeltsschlüssel	
	47	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BPflV und sonstiger Zu- und Abschlag	
	47XXXXXX	reserviert (extern)	
		3. Stelle	
	1	Zuschlag	
		4. -8. Stelle	
		00000	Systemzuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss [§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V i.V.m. § 139c Satz 1 SGB V], teilstationär
		00001	Systemzuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss [§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V i.V.m. § 139c Satz 1 SGB V], vollstationär
		00005	Zuschlag für Vorhaltekosten von besonderen Einrichtungen (§3 Abs. 2 Satz 2 VBE)
		00007	Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte (§ 5 Abs. 3 KHEntgG)
		00008	Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung (§ 275 Abs.1c SGB V)
		00009	Telematikzuschlag, vollstationär (§ 291a Abs. 7a i.V. mit Abs. 7 Satz 4 SGB V)
		00010	Zuschlag nach § 15 Abs. 2 KHEntgG
		00011	Zuschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG
		00012	Zuschlag Pflegestellen-Förderprogramm nach § 4 Abs. 10 KHEntgG bzw. § 4 Abs. 8 KHEntgG (Neu) ³
		00013	Telematikzuschlag, teilstationär (§ 291a Abs. 7a i.V. mit Abs. 7 Satz 4 SGB V)
		00015	Zuschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG
		00020	Zuschlag Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHEntgG bzw. § 4 Abs. 9 KHEntgG (Neu)
		00021	Zuschlag Mehrkosten G-BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG (fester Eurowert je stationären Fall)
		00022	Zuschlag Mehrkosten G-BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG (prozentual)
		00023	Zuschlag klinische Sektionen (Obduktionen) nach § 5 Abs. 3b KHEntgG
			reserviert

³ Nur an Stellen, die mit „Neu“ gekennzeichnet sind, wird auf Fassungen infolge der Änderungen durch das KHSG verwiesen

			reserviert
		00026	Zuschlag für die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen [§ 17b Absatz 1a Nummer 4 KHG]
		00027	Zuschlag für Teilnahme am Notfallstufensystem nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG
		00028	Zuschlag zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG
		00030	Zuschlag Mehrkosten G-BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG (prozentual) - ohne Pflegekosten
		00031	Zuschlag für nachträglichen pauschalen und abschließenden Ausgleich etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals
		00032	Zuschlag für zusätzliche Finanzierung nach § 5 Abs. 2a KHEntgG (Liste der ländlichen Krankenhäuser)
		4. -8. Stelle Sonstige Zuschläge	
		10001	Zuschlag für Thrombektomie-Intervention durch "Flying Interventionalist", Satelliten-Kliniken, Schlaganfallnetzwerk, Bayern
		10002	FIT-Zuschlag („Flying Interventionalist“), Bayern
		10003	FIT-Zuschlag 1: Mehrkostendifferenz mit 1 Stentretreiver-System, Schlaganfallnetzwerk, Bayern
		10003	FIT-Zuschlag 1: Mehrkostendifferenz mit 1 Stentretreiver-System, Schlaganfallnetzwerk, Bayern
		10004	FIT-Zuschlag 2: Mehrkostendifferenz mit 2 Stentretreiver-Systemen, Schlaganfallnetzwerk, Bayern
		10005	FIT-Zuschlag 3: Mehrkostendifferenz mit 3 oder mehr Stentretreiver-Systemen, Schlaganfallnetzwerk, Bayern
		10006	FIT-Zuschlag 4: Mehrkostendifferenz mit 1 Mikrodrahtretreiver-System, Schlaganfallnetzwerk, Bayern
		20001	Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren
		20004	Gerichtskosten
		3. Stelle	
		2	Abschlag
		4. -8. Stelle	
		00000	intern reserviert
		00007	Abschlag für Zentren und Schwerpunkte (§ 5 Abs. 3 KHEntgG) (für Korrekturen)
		00010	Abschlag nach § 15 Abs. 2 KHEntgG
		00011	Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG

		00012	Abschlag für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a Satz 4 KHEntgG
		00008	Abschlag Fortsetzungspauschale PrüfvV (KHEntgG, BPflV_alt)
		00015	Abschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG
		00020	Abschlag Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHEntgG (für Korrekturen)
		00026	Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2a KHEntgG
		00027	Abschlag für Nichtteilnahme am Notfallstufensystem nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG
		00029	Abschlag bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (§ 137i Abs. 5 SGB V)

48*- DRG-Systemzuschlag

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel		
	48	DRG-Systemzuschlag	
		3. Stelle	
	0	keine weitere Differenzierung	
		4. -8. Stelle	
		00001	vollstationärer Fall
		00002	teilstationärer Fall

49*- Abrechnungsergänzungen

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel		
	49	Abrechnungsergänzungen	
		3. Stelle	
		1	Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte (§ 5 Abs. 3 KHEntgG)
		2	Abschlag für Zentren und Schwerpunkte (§ 5 Abs. 3 KHEntgG)
		4. Stelle⁴	
		1	variabler Betrag je stationärem Fall

⁴ Die variablen Beträge der Ausprägungen „1“ und „3“ in der 4. Stelle ergeben sich aus einem auf die Rechnungssumme vereinbarten Prozentsatz. Die Berechnung erfolgt analog des Berechnungsschemas für die prozentualen Zuschläge zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen und der Abschaffung des Arztes im Praktikum im Hinweis der Schlüsselfortschreibung vom 11.02.2005. Die Zu- und Abschläge auf den Basisfallwert der Ausprägungen „5“ und „6“ in der 4. Stelle berechnen sich analog des Abrechnungsschemas für den Abschlag vom Landesbasisfallwert für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG im Hinweis des Nachtrages vom 27.03.2009. Zur übersichtlichen Darstellung der Ermittlung der Zu- oder Abschläge verständigen sich GKV-Spitzenverband und DKG noch gesondert.

		2	Festbetrag je stationärem Fall
		3	variabler Betrag bei Inanspruchnahme des Zentrums
		4	Festbetrag bei Inanspruchnahme des Zentrums
		5	Festbetrag auf Basisfallwert je stationärem Fall
		6	Festbetrag auf Basisfallwert bei Inanspruchnahme des Zentrums
			5.-8. Stelle
		0001	Pädiatrisch hämatonkologisches Zentrum
		0002	Herzzentrum
		0003	Tumorzentrum
		0004	onkologische und neurologische Schwerpunktaufgaben
		0005	Kinderonkologisches Zentrum
		0006	telemedizinische Versorgung von Schlaganfällen in krankenhausplanerisch abgestimmten Netzwerken (Bayern)

60*- Sonderfall

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel		
	60	Sonderfall	
		3. Stelle	
	0	keine weitere Differenzierung	
		4. -8. Stelle	
		00001	Entgelt für Aufnahmeuntersuchung
		00002	Weihnachtsgeld
		00003	Taschengeld
		00004	Bekleidungsgeld
		00005	Früherkennungsuntersuchungen für Neugeborene (Brandenburg)
		00006	Entgelt für gutachterliche Stellungnahme bei Transplantationen nach § 7 Abs.1 Satz 2 Nr. 2 BpflV oder § 4 Abs. 1 Nr. 4 FPV
		00007	Entgelt für Transport von Knochenmark oder hämatopoetischer Stammzellen nach § 4 Abs. 1 Nr. 6 FPV
		00008-00009	reserviert
			4. Stelle
		1	Abteilung (vollstationär)
		2	Besondere Einrichtung

		3	Abteilung (teilstationär)
		4	Belegabteilung (vollstationär)
		5	Belegabteilung (teilstationär)
			5.-8.Stelle
		XXXX	Fachabteilungsschlüssel (siehe Schlüssel 6, wenn 4. Stelle = 1, 3, 4 oder 5 bzw. Schlüssel für besondere Einrichtungen, wenn 4. Stelle = 2)

61*- Entgelt für Integrierte Versorgung nach §140c SGB V

62* - Abschlag für Integrierte Versorgung nach §140c SGB V

63* - Entgelt für Modellvorhaben nach § 63 SGB V

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	61	Entgelt für Integrierte Versorgung nach §140c SGB V
	62	Abschlag für Integrierte Versorgung nach §140c SGB V
	63	Entgelt für Modellvorhaben nach § 63 SGB V
		3. Stelle
	1	Ortskrankenkassen
	2	Angestellten-Krankenkassen
	3	Arbeiter-Ersatzkassen
	4	Betriebskrankenkassen
	5	Innungskrankenkassen
	6	Knappschaft
	7	Landwirtschaftliche Krankenkassen
	8	Seekrankenkasse
		4. -5. Stelle
	01ff.	individuelle Krankenkassenaufteilung der Verbände (z.B. 01 Barmer, 02 DAK, ... und 01 AOK Nordost, 02 AOK Hamburg, ...)
		6.-8. Stelle
	000ff.	zur freien Verfügung der in Stelle 4.-5. bezeichneten Krankenkasse

65* - Zusatzentgelt für DMP

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	65	Zusatzentgelt für DMP

		3. -4. Stelle
	01-98	KV-Bezirk (siehe Schlüssel 26)
		5.-6. Stelle
	01	Erstdokumentation
	02	Folgedokumentation
	03	Beratungspauschale
	04	Begleitgespräch vor Eingriff
	05	Begleitgespräch nach Eingriff
	06	Begleitgespräch Nachsorge
	07	Schulung Diabetes je Einheit
	08	Schulung Hypertonie je Einheit
	09	Schulung INR je Einheit
	10	Sonstige Schulung
	11	Zusatzvergütung für elektronische Übermittlung
	12	Präoperative Erstdokumentation
	13	Postoperative Erstdokumentation
	14	Koordinierungspauschale
	15	Schulung für intensivierete Insulintherapie
	16	Schulungsprogramm LINDA für Typ 1 Diabetes
	17	Diabetesbuch für Kinder
	18	Schulungsprogramm für Jugendliche mit Diabetes
	19	Strukturiertes Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm
	20	Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm (HBSP)
	21	Schulungsprogramm für Kinder
	22	Schulungsprogramm für Jugendliche
	23	Schulungsmaterial inkl. Diabetes-/Hypertonie-Pass
	24	Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen
	25	Nationales ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (NASA)
	26	Schulungs- und Verbrauchsmaterial
	27	Schulungsprogramm für chronisch obstruktive Bronchitis und Lungenemphysem (COBRA)
	28	Schulungsprogramm MEDIAS 2
	29	Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen

			30	Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin spritzen
			31	Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen
			32	Schulungsprogramm Diabetes und Verhalten
			33	Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG)
				7.-8. Stelle
			01	Brustkrebs
			02	Diabetes mellitus Typ 2
			03	Koronare Herzkrankheiten
			04	Diabetes mellitus Typ 1
			05	Asthma bronchiale
			06	COPD
			07	Chronische Herzinsuffizienz
			08	Depression
			09	Rückenschmerz

70* - DRG-Fallpauschale nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG

71* - Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 1 Abs. 2 Satz 1 FPV oder tagesbezogene teilstationäre DRG-Fallpauschale ab 2. Tag

72* - Abschlag bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 FPV

73* - Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 FPV

74*- Entgelt für Pflegeerlös/ Tag

1. und 2. Stelle		Entgeltschlüssel	
	70	DRG-Fallpauschale nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG	
	71	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 1 Abs. 2 Satz 1 FPV oder tagesbezogene teilstationäre DRG-Fallpauschale ab 2. Tag	
	72	Abschlag bei Verlegung nach § 1 Abs. 1 Satz 3 FPV	
	73	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 FPV	
	74	Entgelt für Pflegeerlös/Tag	
		1.-8. Stelle-Sonderfälle für die Bereiche 70 und 74	
	70000000	intern reserviert	
	70888888	Teilzahlung nach § 11 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG	
	74000000	Intern reserviert (Pflegeentgeltwert)	
		3. Stelle	
		1	Hauptabteilung
		2	Hauptabteilung und Beleghebamme
		3	Belegoperateur
		4	Belegoperateur und Beleganästhesist
		5	Belegoperateur und Beleghebamme
		6	Belegoperateur, Beleganästhesist und Beleghebamme
		7	Teilstationäre Versorgung (für teilstationäre DRG-Fallpauschalen)
		8	Belegarzt mit Honorarvertrag (§18 Abs. 3 KHEntgG) ⁵
			4.Stelle
		0	keine weitere Differenzierung
			5.-8. Stelle

⁵ Zur Berechnung des Entgeltbetrages sind aus Teil a (Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen) und Teil c (Bewertungsrelationen bei teilstationärer Versorgung) des bundeseinheitlichen Fallpauschalenkatalogs für die Ermittlung der DRG-Fallpauschale die Bewertungsrelation der Hauptabteilung und, soweit anwendbar, für die Ermittlung des Entgelts bei Überschreiten der oberen GVD die Bewertungsrelation/Tag bei Überschreiten der oberen GVD oder für die Ermittlung des Abschlags bei Verlegung die Bewertungsrelation je Tag bei externer Verlegung oder für die Ermittlung des Abschlags bei Nichterreichen der unteren GVD die Bewertungsrelation/Tag bei Nichterreichen der unteren GVD jeweils vor der Multiplikation mit dem Landesbasisfallwert mit 0,8 zu multiplizieren und auf drei Nachkommastellen kaufmännisch zu runden.

				A01Aff.	DRG, alphanumerisch
			3. Stelle Fallpauschalen-Katalog Anlage 1 Teil d) und e)		
			A	Hauptabteilung	
			B	reserviert	
			C	Belegoperator	
			D	Belegoperator und Beleganästhesist	
			E	reserviert	
			F	reserviert	
			G	reserviert	
			H	Belegarzt mit Honorarvertrag (§18 Abs. 3 KHEntgG) ⁶	
			4.Stelle		
			0	keine weitere Differenzierung	
			5.-8. Stelle		
				I68Dff.	DRG der Anlagen 1 Teil d und e des Fallpauschalen-Kataloges

⁶Zur Berechnung des Entgeltbetrages sind aus Teil d (Bewertungsrelationen mit gezielter Absenkung in Abhängigkeit der Median-Fallzahl bei Versorgung durch Hauptabteilungen) des bundeseinheitlichen Fallpauschalenkataloges für die Ermittlung der DRG-Fallpauschale die Bewertungsrelation der Hauptabteilung und, soweit anwendbar, für die Ermittlung des Entgelts bei Überschreiten der oberen GVD die Bewertungsrelation/Tag bei Überschreiten der oberen GVD oder für die Ermittlung des Abschlags bei Verlegung die Bewertungsrelation je Tag bei externer Verlegung oder für die Ermittlung des Abschlags bei Nichterreichen der unteren GVD die Bewertungsrelation/Tag bei Nichterreichen der unteren GVD jeweils vor der Multiplikation mit dem Landesbasisfallwert mit 0,8 zu multiplizieren und auf drei Nachkommastellen kaufmännisch zu runden.

75* - Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG

1. und 2. Stelle		Entgeltsschlüssel	
	75	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntG	
		3. Stelle	
	1	Zuschlag	
		4.-8. Stelle	
		00001	Sicherstellungszuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG (Festbetrag)
		00002	Sicherstellungszuschlag auf den Basisfallwert § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG ⁷
		00003	Zuschlag für Begleitperson nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG i.V.m. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3, 1. HS KHEntgG
		00004	Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG i.V.m. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3, 2. HS KHEntgG
		00005	Zuschlag Mitaufnahme je neugeborenem Geschwisterkind (§ 1 Abs. 5 Satz 9 FPV)
		00006	Zuschlag für Begleitpersonen nach § 11 Abs. 3 Satz 2 SGB V (Unterbringung außerhalb des Krankenhauses)
		4.-5. Stelle	
		01ff.	Länderschlüssel
		6.-8. Stelle	
		001	Sicherstellungszuschlag nach § 5 Abs. 2 Satz 2 (KHEntgG (landesspezifische Regelung))
		002	Ausbildungszuschlag nach § 17 a Abs. 6 bzw. 9 KHG
		003	Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 Satz 1 PflBG
		004	Kombinierter Ausbildungszuschlag nach §§ 17a Abs. 6 bzw. 9 KHG und §§ 33 Abs. 3 PflBG
		3. Stelle	
	2	Abschlag	
		4.-8. Stelle	
		00001	Abschlag für Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG
		05002	Ausbildungsabschlag (für Korrekturen)

⁷ Der Sicherstellungszuschlag auf den Basisfallwert berechnet sich analog des Abrechnungsschemas für den Abschlag vom Landesbasisfallwert für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG im Hinweis des Nachtrages vom 27.03.2009.

76* - Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, 3, 5 oder 6 KHEntgG

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	76	Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, 3, 5 oder 6 KHEntgG
	3. Stelle	
	0	Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 oder 5 KHEntgG
	1	Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG (NUB)
	2	Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2a KHEntgG
	4.-5. Stelle	
	00	bundesweit
	01ff.	Länderschlüssel
	9X	bundesweit
	6.-8. Stelle	
	000ff.	Zusatzentgelt bundesweit nach Anlage 2 KFPV 2004
	3.-4. Stelle	
	ZE	bundesweit nach Anlage 5 FPV
	5.-8. Stelle	
	0101ff.	Hämodialyse..., siehe Anhang B

78* - Teilstationäre Leistung nach § 6 Abs. 2 FPV

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	78	Teilstationäre Leistung nach § 6 Abs. 2 FPV
	1.-8. Stelle	
	78999999	teilstationäre Behandlung innerhalb des Zeitraumes bis einschließlich drei Tage nach Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer nach § 6 Abs. 2 FPV (0,00 EUR)

**80* - Entgelt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
(fallbezogen)**

81* - Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogenes Entgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG

82* - Abschlag bei Verlegung für fallbezogenes Entgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG

**83* - Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogenes Entgelt nach § 6 Abs. 2
KHEntgG**

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	80	Entgelt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 KHEntgG (fallbezogen)
	81	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
	82	Abschlag bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
	83	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
	3.-4. Stelle	
	01 ff.	Länderschlüssel
		5.-8. Stelle
		fortlaufend, siehe Anhang B Teil 1

84* - Pflegeanteil für tages- oder fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG

85* - Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG

86* - Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs.1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	84	Pflegeanteil für tages- oder fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	85	Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	86	Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	3.-8. Stelle	
	00000	Tagespauschale nach § 7 Abs. 4 FPV, bundesweit
	3.-4. Stelle	
	00	Bundesweit, bei 84* Verwendung für Pflegeanteil tagesbezogener Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	01ff.	Länderschlüssel, nicht bei 84*
	30	Belegabteilung, nicht bei 84*
	50	Pflegeanteil nur fallbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG, (nur für 84*)
	5.-8. Stelle	
	0001ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, teilstationär
	3001ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, teilstationär in besonderen Einrichtungen
	4001ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, vollstationär in besonderen Einrichtungen
	A01Aff.	bundesweit, alphanumerisch für nicht kalkulierte DRG
	Siehe Anhang B	

87* - Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG

88* - Abschlag bei Verlegung für fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG

89* - Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	87	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	88	Abschlag bei Verlegung für fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	89	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	3.-4. Stelle	
	00	bundesweit
	01ff.	Länderschlüssel
	30	Belegabteilung
	5.-8. Stelle	
	0001ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, teilstationär
	3001ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, teilstationär in besonderen Einrichtungen
	4001ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, vollstationär in besonderen Einrichtungen
	A01Zff.	DRG alphanumerisch
	Siehe Anhang B	

90* - Qualitätsverträge nach §110a SGB V

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel		
	90	Qualitätsverträge nach § 110a SGB V	
		3. Stelle	
	1	Ortskrankenkassen	
	2 und 3	Ersatzkassen	
	4	Betriebskrankenkassen	
	5	Innungskrankenkassen	
	6	Knappschaft	
	7	Landwirtschaftliche Krankenkassen	
		4.-5.Stelle	
	01ff.	individuelle Krankenkassenaufteilung der Verbände (z.B. 01 Barmer, 02 DAK, ... und 01 AOK Nordost, 02 AOK Rheinland/Hamburg, ...)	
		6.Stelle	
		1	Endoprothetische Gelenkversorgung
		2	Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten
		3	Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten
		4	Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus
		7.-8. Stelle	
		zur freien Verfügung der in Stelle 4.-5. bezeichneten Krankenkasse (alphanumerisch)	

Schlüssel 4 Teil II: Entgeltart ambulant

1. Stelle Einrichtungsart

0	Ambulantes Operieren nach §115b SGB V, Ambulante Behandlung nach §116b SGB V
1	-
2	Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 1. und Abs. 2 SGB V
3	Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V
4	Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V
5	Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V
6	Kinderspezialambulanzen (ergänzende fall- oder einrichtungsbezogene Pauschale) nach § 120 Abs. 1a SGB V
7	Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG - § 117 Abs. 3 SGB V
8	Medizinische Behandlungszentren (MBZ) nach § 119c SGB V

2. Stelle Abrechnungsart

0 EBM*

3. Stelle	0	ohne Differenzierung
	2	Abschlag
	A-Z	regionale Buchstabenkennung (regionale Eurogebührenordnung)
4. – 8. Stelle	01100 ff.	EBM-Ziffern, Schlüssel 20, bzw. für § 116b (neu) Leistungen: regionale Eurogebührenordnungen bzw. Pseudoziffern*

1 Quartalspauschale

3. Stelle	0	ohne Differenzierung
	1	Einmalkontakt
	2	Mehrfachkontakt
	3	Mitbehandlung
	4	Konsiliarleistung
4. – 7. Stelle	0000	keine Differenzierung
	0001	Sprechstundenbedarf
	0002 - 0099	Leistungsart (noch zu definieren)
	0100 ff.	Fachabteilung
	4000 ff.	Leistungsart Erwachsene
	5000 ff.	Leistungsart Kinder und Jugendliche
8. Stelle	0	keine Differenzierung
	1	ärztliche Leistung
	2	nichtärztliche Leistung

2 Behandlungspauschale

3. Stelle	0	ohne Differenzierung
	1	Einmalkontakt

	2	Mehrfachkontakt
	3	Mitbehandlung
	4	Konsiliarleistung
4. – 7. Stelle	0000	keine Differenzierung
	0001	Sprechstundenbedarf
	0002 -	Leistungsart
	0099	
	0100 ff.	Fachabteilung
	4000 ff.	Leistungsart Erwachsene
	5000 ff.	Leistungsart Kinder und Jugendliche
	6000 ff	Leistungsart (Fortsetzung)
8. Stelle	0	keine Differenzierung
	1	ärztliche Leistung
	2	nichtärztliche Leistung
	3	Komplexbehandlung
3 Tagespauschale		
3. Stelle	0	ohne Differenzierung
	1	Einmalkontakt
	2	Mehrfachkontakt
	3	Mitbehandlung
	4	Konsiliarleistung
4. – 7. Stelle	0000	keine Differenzierung
	0001	Sprechstundenbedarf
	0002 -	Leistungsart (noch zu definieren)
	0099	
	0100 ff.	Fachabteilung
	4000 ff.	Leistungsart Erwachsene
	5000 ff	Leistungsart Kinder und Jugendliche
8. Stelle	0	keine Differenzierung
	1	ärztliche Leistung
	2	nichtärztliche Leistung
4 Pauschale je Behandlungseinheit		
3. Stelle	1	je Stunde
4. Stelle	0	keine Differenzierung
	1	Leistungsart Erwachsene
	2	Leistungsart Kinder und Jugendliche
5. – 8. Stelle	1000	keine Differenzierung
	1001 -	Konkretisierungen
	1999	
3. Stelle	2	je Behandlungstage
4. Stelle	0	keine Differenzierung

	1	Leistungsart Erwachsene
	2	Leistungsart Kinder und Jugendliche
5. – 8. Stelle	0000 0001 - 0999	keine Differenzierung Konkretisierungen
3. Stelle	3	je Behandlungseinheit
4. Stelle	0 1 2	keine Differenzierung Leistungsart Erwachsene Leistungsart Kinder und Jugendliche
5. – 8. Stelle	2000 2001 - 2999	keine Differenzierung Konkretisierungen
5 Pauschale nach Katalog		
3. Stelle	1	krankenhausindividueller Katalog
4. – 8. Stelle	00001 ff.	Katalogwerte
3. Stelle	2	Landeskatalog
4. Stelle	1	Erwachsenenpsychiatrie
5. – 8. Stelle	0001 ff.	Katalogwerte Erwachsenenpsychiatrie
4. Stelle	2	Kinder- und Jugendpsychiatrie
5. – 8. Stelle	0001 ff.	Katalogwerte Kinder- und Jugendpsychiatrie
6 sonstige Pauschale		
3. – 4.	00	keine Differenzierung
5. Stelle	0 1	keine Differenzierung Impfpauschale
6. - 8. Stelle	000 001 002 003 004 005 006 ... 100-199 200-299	keine Differenzierung Notfallpauschale Abklärungsuntersuchung Kinderpauschale ab 60 Behandlungstage medizinisch-therapeutische Leistungen Einsatzpauschale für Notfälle außerhalb des Krankenhauses Notfallbehandlung in der Zentralen Notfallaufnahme ... Einfachimpfung Zweifachimpfung

	300-399	Dreifachimpfung
	400-499	Vierfachimpfung
	500-599	Fünffachimpfung
	600-699	Sechsfachimpfung
3. - 4.	01	Entgelte für Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)
5. – 8. Stelle	0000ff	fortlaufende Nummerierung
5. – 8. Stelle	8000-8499	Variabler Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)
	8500-8999	Fester Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)
5. – 8. Stelle	9000-9499	Variabler Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)
	9500-9999	Fester Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)
7		Integrierte Versorgung (ambulante Entgelte)
3. Stelle	1	Ortskrankenkassen
	2	Ersatzkassen
	4	Betriebskrankenkassen
	5	Innungskrankenkassen
	6	Knappschaft
	7	Landwirtschaftliche Krankenkassen
4. - 5. Stelle	01 ff.	individuelle Krankenkassenaufteilung der „Verbände“ (z.B. 01 Barmer-GEK, 02 DAK..., 01 AOK Nordost, 02 AOK Bayern...)
6. – 8. Stelle	000 ff.	zur freien Verfügung der in den Stellen 4.-5. bezeichneten Krankenkasse
8		Zuschlag
3. – 4. Stelle	00	allgemeiner Zuschlag
	01	Laborpauschale
	02	Heilmittelpauschale
	03	bildgebende Verfahren
	04	Verbrauchsmaterial
	05	besondere Krankheiten
5. – 8. Stelle	0000	keine Differenzierung
	0001 ff.	Konkretisierungen
	0100 ff.	Fachabteilung
9		Abschlag

3. Stelle	0	allgemeiner Abschlag
	1	Abschlag bei Mehrleistungen
	2	Prozentualer Abschlag bei Nichtumsetzung der Telematikinfrastruktur gemäß §291 Abs. 2b SGB V ⁸
4. Stelle	0	keine Differenzierung
5. – 8. Stelle	0000	keine Differenzierung
	0100 ff.	Fachabteilung

Hinweise:

Für die Unterscheidung, welchem Abrechnungsbereich (Einrichtungsart) die jeweilige Nachricht AMBO zuzuordnen ist, wird das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment der Nachricht AMBO verwendet.

Für Quartals-, Behandlungs- oder Tagespauschalen (2. Stelle "1", "2" oder "3") gilt grundsätzlich die gleiche Systematik in der 3., 4.-7. und 8. Stelle; innerhalb einer Abrechnungsart (2.Stelle), werden an der 4. – 7. Stelle die Entgeltschlüssel abweichend hiervon so vergeben, dass die 4. – 7. Stelle überschneidungsfreie, unterschiedliche Ziffernblöcke enthält. Die weitere Differenzierung von Leistungsarten, z.B. den auch über das Segment EZV abbildbaren Röntgenkontrastmitteln, wird über Schlüsselfortschreibung geregelt. In der 8. Stelle werden die Ausprägungen "1" (ärztliche Leistung) und "2" (nichtärztliche Leistung) nur dann verwendet, wenn diese Unterscheidung in der Vergütungsvereinbarung geregelt ist, ansonsten wird "0" (keine Differenzierung) verwendet.

Für die Abrechnungsarten „1“, „2“, „3“ und „8“ (Quartals-, Behandlungs- und Tagespauschale, Zuschlag) werden zu den für Fachabteilungen reservierten Stellen der jeweils benötigte „Fachabteilungsschlüssel“ (4.-7. bzw. 5.-8. Stelle) zur Angabe nicht bettenführender Abteilungen unabhängig und ergänzend zu Schlüssel 6 im Entgeltartenschlüssel festgelegt.

*§ 116b (neu) Leistungen: Gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V erfolgt bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach § 116b Abs. 6 Satz 2 SGB V die Vergütung auf der Grundlage der vom ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss bestimmten abrechnungsfähigen spezialfachärztlichen Leistungen. In seiner Sitzung am 20. Juni 2014 wurde festgelegt, dass u.a. für die Vergütung der im EBM abgebildeten ASV-Leistungen des Abschnittes 1 die Preise der jeweiligen regionalen EURO-Gebührenordnungen zu Grunde gelegt werden. Insofern Leistungen zu regional geltenden Preisen vergütet werden, müssen diese durch die Abbildung an der 3.–8. Stelle des Entgeltartenschlüssels (Abrechnungsart 2. Stelle – EBM, 3. Stelle regionale Buchstabenkennung, 4.-8. Stelle regionale Eurogebührenordnung) übermittelt werden, Schlüssel 20 – EBM findet insofern keine Anwendung.

*Für Leistungen, die im Abschnitt 2 des Appendix der jeweiligen Konkretisierung aufgeführt und noch nicht im EBM abgebildet sind, finden gemäß Anlage 5 der ASV-AV bundeseinheitliche Pseudoziffern ihre Anwendung. Hierzu werden diese an den ersten drei Stellen mit `000` und an der 4.-8. Stelle mit der 5stelligen Pseudoziffer gemäß Anlage 5 ASV-AV übermittelt.

⁸ Die Entgeltschlüssel werden entsprechend [0-8]9200000 gebildet. Dieser Abschlag wird seitens der Krankenkassen mit der Nachricht ZAAO an das Krankenhaus übermittelt und nicht bereits vom Krankenhaus in AMBO in Abzug gebracht.

Schlüssel 4 Teil III: Entgeltarten BPfIV (bei Anwendung §17d KHG)

Hinweis: Der Entgeltartenschlüssel wird fortgeschrieben (siehe Anhang B Teil III und Anlage 5). Diese Entgeltartenschlüssel gelten für Krankenhäuser, die das Vergütungssystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anwenden.

Der Entgeltartenbereich „Zusatzentgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog § 7 Satz 1 Nr. 2 BPfIV“ bzw. „krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte“ (2. Stelle des Entgeltartenschlüssels = 5 bzw. 9) wird dem Behandlungsbereich „stationär“ (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = C) zugeordnet. Der Entgeltartenbereich „ergänzende Tagesentgelte“ (2. Stelle – 4) wird ebenfalls dem Behandlungsbereich „stationär“ (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels – C) zugeordnet. Für die Abrechnung bei Zusatzentgelten im voll- bzw. teilstationären Entgeltbereich und von ergänzenden Tagesentgelten finden bis auf weiteres die Entgeltarten C5*, C9* und C4* Anwendung.

Zur internen Verwendung wird, abweichend von der Systematik, der Entgeltartenschlüssel `C1000000` reserviert.

Bei der Abrechnung von Wahlleistungen für Versicherte der Knappschaft sind weiterhin die Entgeltschlüssel 45XXXXXX („Wahlleistung Unterkunft nur für Knappschaft“) zu verwenden. (siehe Anlage 2, Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär)

1. Stelle Behandlungsbereich

- A vollstationärer Behandlungsbereich
- B teilstationärer Behandlungsbereich
- C stationärer Behandlungsbereich (gilt für Entgeltbereiche 4, 5, 9, A, F, V und N)*
- D stationsäquivalenter Behandlungsbereich**

* Die Entgeltbereiche A und F sind somit in den Behandlungsbereichen A, B und C möglich.

** Die Entgeltbereiche 6, 7, D, G und H sind im Behandlungsbereich D möglich. Weiterhin sind im Behandlungsbereich D auch Entgelte des Behandlungsbereiches C (stationär) möglich. Ausgenommen hiervon sind die Entgeltbereiche 4 (Ergänzende Tagesentgelte).

Hinweis:

Die Entgeltschlüssel können an der 4, - 8. Stelle je Entgeltbereich (differenziert an der 2. Stelle) jeweils neu, beginnend mit „00000“ ff., nummeriert werden. Es werden keine „bereichsübergreifenden“ Blöcke reserviert. Nur dort wo die 4. – 8. Stelle mit z. B. „00000“ eine gleiche Ausprägung für die 1. Stelle hat (z.B. 00000 – Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren) ist diese in Anlage 2 explizit als Ausprägung aufgeführt und gilt für die 1. Stelle A und B ebenso.

2. Stelle Entgeltbereich

- 1 Bewertete Entgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV [E1]
- 2 Zuschlag nach Überschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV [E1]
- 3 Abschlag nach Unterschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV [E1]

- 4 Ergänzende Tagesentgelte nach bundesweit vereinbarten Entgeltkatalog § 7 Satz 1 Nr. 1 BpflV
- 5 Zusatzentgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog § 7 Satz 1 Nr. 2 BpflV [E2]
- 6 Zuschläge [u.a. gemäß KHG]
- 7 Abschläge [u.a. gemäß KHG]
- 8 krankenhausindividuell vereinbarte Entgelte [E3.1|E3.3.]
- 9 krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte [E3.2]
- A Entgelte für Modellvorhaben § 64b Abs. 1 SGB V
- B Entgelte für besondere Einrichtungen [ab 2017] § 7 Satz 1 Nr. 4 BpflV
- C Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden [ab 2017] § 7 Satz 1 Nr. 5 BpflV
- D Teilzahlungsentgelte § 11 Abs. 1 Satz 3 BpflV
- E gesonderte Entgelte für Patientinnen/Patienten von Belegärzten § 8 Abs. 2 BpflV
- F Entgelte für Integrierte Versorgung

- G Bewertete PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung (reserviert für Anlage 6a PEPPV)
- H Unbewertete PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung (Anlage 6b PEPPV)
- V vorstationäre Behandlung
- N nachstationäre Behandlung

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 1 [PEPP - Entgelte lt. Katalog]

Entgeltbezug

3.-7. Stelle PEPP-Entgelt Bezeichnung aus gültigem Entgeltkatalog, alphanumerisch

Zusatzinformation

8. Stelle 1 Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 1
2 Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 2
3-8 Entgelte nach Entgeltkatalog gemäß der Vergütungsklassen 3-8
9 Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 9
A Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 10
B Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 11

- ... fortlaufend durch Nutzung aller Buchstaben
- Z Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 35

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 2-3 [Zu- oder Abschläge PEPP - Entgelte lt. Katalog]

Entgeltbezug

3.-7. Stelle PEPP- Bezeichnung aus gültigem Entgeltkatalog, alphanumerisch
Entgelt

Zusatzinformation

8. Stelle 0 reserviert

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 4 [Ergänzende Tagesentgelte]

Entgeltbezug

3.-8. Stelle Orientierung bei der Entgeltvergabe an Bezeichnung Katalog, alphanumerisch
(z.B. ET0101)

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 5 [Zusatzentgelt nach Katalog]

Entgeltbezug

3. Stelle Z reserviert

4.-7. Stelle 0000ff. Orientierung bei der Entgeltvergabe an Bezeichnung
Katalog, alphanumerisch

Zusatzinformation

8. Stelle 0 reserviert

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 6 [Zuschläge u.a. gemäß KHG]

Entgeltbezug

3. Stelle 1 Tagesbezogene Zuschläge

4.-8. Stelle 00000 Zuschlag Begleitperson
[§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 1. HS BPfIV]

00001 Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft
[§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 2. HS BPfIV]

00002 Investitionszuschlag bis 2014
[§8 Abs. 3 BPfIV]

3. Stelle 2 Fallbezogene Zuschläge

	4.-8. Stelle	00000	Ausbildungszuschlag [§17a Abs. 6 KHG]
		00001	Zuschlag Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung
		00002	reserviert
		00003	Zuschlag Qualitätssicherung [§17b Abs. 1 Satz 5 KHG]
		00004	Zuschlag Sicherstellung [§17b Abs. 1 Sätze 6-9 KHG]
		00005	DRG-Systemzuschlag [§17b Abs. 5 KHG]
		00006	Systemzuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss [§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V i.V.m. §139 c Satz 1 SGB V]
		00008	Telematikzuschlag [§ 291a Abs. 7a SGB V]
		00009	Zuschlag für die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen [§ 17b Absatz 1a Nummer 4 KHG]
		00010	Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 Satz 1 PflBG
		00011	Kombinierter Ausbildungszuschlag nach §§ 17a Abs. 6 bzw. 9 KHG und Abs. 33 Satz 1 PflBG
3. Stelle	3	Sonstige Zuschläge	
	4.-8. Stelle	00000	Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren
		00001	Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung (§ 275 Abs.1c SGB V)
3. Stelle	4	prozentuale Zuschläge ⁹	
	4.-8. Stelle	EA000	Erwachsene, Arzt
		EP000	Erwachsene, Psychologe
		ES000	Erwachsene, Spezialtherapeut
		KA000	Kinder und Jugendliche, Arzt
		KP000	Kinder und Jugendliche, Psychologe
		KF000	Kinder und Jugendliche, pädagogisch-pflegerische Fachperson

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 7 [Abschläge u.a. gemäß KHG]

Entgeltbezug

3. Stelle	1	Tagesbezogene Abschläge
	4.-8. Stelle	00000ff.

⁹ Diese Zuschläge werden für den Behandlungsbereich „D“ vergeben (D64*). Der prozentuale Wert ist auf alle Entgelte der Rechnung ohne andere Zu- und Abschläge [abzüglich [X[6,7]XXXXXX]) zu beziehen.

3. Stelle	2	Fallbezogene Abschläge	
	4.-8. Stelle	00000	Korrektur Ausbildungszuschlag
		00001	Abschlag Nichtteilnahme Qualitätssicherung [§ 8 Abs. 4 BPfIV]
		00002	Abschlag für Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung [§17b Abs. 1 Satz 4 KHG]
3. Stelle	3	Sonstige Abschläge	
	4.-8. Stelle	00008	Abschlag Fortsetzungspauschale PrüfvV (BPfIV_neu)

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 8 [krankenhausindividuell vereinbarte PEPP-Entgelte]

Entgeltbezug

3. Stelle	0	Tagesbezogene Entgelte, fortlaufende Vergabe
	4.-8. Stelle	00000ff.
3.-7. Stelle	PEPP-Entgelt	Bezeichnung aus gültigem Entgeltkatalog, alphanumerisch (Anlage 1b oder 2b)
	8. Stelle	1 Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 1
		2 Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 2
		3-8 Entgelte nach Entgeltkatalog gemäß der Vergütungsklassen 3-8
		9 Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 9
		A Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 10
		B Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 11
		... fortlaufend durch Nutzung aller Buchstaben
		Z Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 35
3. Stelle	8	Fallbezogene Entgelte [E3.1.]
	4.-8. Stelle	00000ff. bundesweite Vergabe anhand PEPP-Entgeltkatalog (Anlage 1b oder 2b), ansonsten fortlaufende Vergabe
3. Stelle	9	Zeitraumbezogene Entgelte
	4.-8. Stelle	00000ff. bundesweite Vergabe anhand PEPP-Entgeltkatalog (Anlage 1b oder 2b), ansonsten fortlaufende Vergabe

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 9 [krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte]

Entgeltbezug

3. Stelle	1	Tagesbezogene Zusatzentgelte
	4.-8. Stelle	00000ff.
3. Stelle	2	Fallbezogene Zusatzentgelte

	4.-8. Stelle	00000ff.
3. Stelle	3	Zeitraumbezogene Zusatzentgelte
	4.-8. Stelle	00000ff.

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich A [Entgelte für Modellvorhaben]

Entgeltbezug

3. Stelle	0	reserviert
	4.-8. Stelle	00000ff. ¹⁰
	99999	intern reserviert (BEW-Modellvorhaben)
	ZZZZT	Teilzahlungsentgelt Modellvorhaben
	ZZZZK	Teilzahlungskorrektur Modellvorhaben
3.-7. Stelle	PEPP-Entgelt ¹¹	Bezeichnung aus gültigem Entgeltkatalog, alphanumerisch (Anlage 1a und 2a PEPP-Entgeltkatalog)
	8. Stelle	1 Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 1 (oder Entgelt ohne Vergütungsstufe)
		2 Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 2
		3-8 Entgelte nach Entgeltkatalog gemäß der Vergütungsklassen 3-8
		9 Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 9
		A Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 10
		B Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 11
		... fortlaufend durch Nutzung aller Buchstaben
		Z Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 35
3.-8. Stelle ¹²	Ergänzende Tagesentgelte	Orientierung bei der Entgeltvergabe an Bezeichnung Katalog, alphanumerisch (z.B. ET0101)
8 ¹³	Zuschläge für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)	
	4. Stelle	0 Variabler Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)
	5.-8. Stelle	0000ff.

¹⁰ PEPP-Entgelte der Anlage 1b und 2b (unbewertet) werden hier fortlaufend nummeriert nach Antrag unter www.gkv-clavisdb.de vergeben (Bezeichnung enthält als Klammerwert die jeweilige PEPP)

¹¹ nur für den voll- bzw. teilstationären Behandlungsbereich (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = A oder B)

¹² nur für den stationären Behandlungsbereich (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = C)

¹³ nur für den stationären Behandlungsbereich (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = C)

	1	Fester Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)
	5.-8. Stelle	0000ff.
9 ¹⁴	Abschläge für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)	
	4. Stelle	0
	5.-8. Stelle	Variabler Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V) 0000ff.
	4. Stelle	1
	5.-8. Stelle	Fester Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V) 0000ff.

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich B [Entgelte für Besondere Einrichtungen]

Entgeltbezug

3. Stelle	1	Tagesbezogenes Entgelt
	4.-8. Stelle	00000ff.
3. Stelle	2	Fallbezogenes Entgelt
	4.-8. Stelle	00000ff.
3. Stelle	3	Zeitraumbezogenes Entgelt
	4.-8. Stelle	00000ff.

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich C [NUB-Entgelte]

Entgeltbezug

3. Stelle	0	reserviert
	4.-8. Stelle	00000ff.

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich D [Teilzahlungsentgelte]

Entgeltbezug

3. Stelle	1	Tagesbezogenes Entgelt
	4.-8. Stelle	00001 Teilzahlungsentgelt
		00002 Teilzahlungskorrektur

¹⁴ nur für den stationären Behandlungsbereich (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels =C)

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich E [Belegpatienten]

Entgeltbezug

- | | | |
|-----------|--------------|---------------------------|
| 3. Stelle | 1 | Tagesbezogenes Entgelt |
| | 4.-8. Stelle | 00000ff. |
| 3. Stelle | 2 | Fallbezogenes Entgelt |
| | 4.-8. Stelle | 00000ff. |
| 3. Stelle | 3 | Zeitraumbezogenes Entgelt |
| | 4.-8. Stelle | 00000ff. |

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich F [Integrierte Versorgung]

Entgeltbezug

- | | | |
|-----------|--------------|--|
| 3. Stelle | 1 | Entgelte für Integrierte Versorgung |
| | 2 | Abschläge für Entgelte Integrierte Versorgung |
| 4. Stelle | 1 | Ortskrankenkassen |
| | 2 | Ersatzkrankenkassen |
| | 4 | Betriebskrankenkassen |
| | 5 | Innungskrankenkassen |
| | 6 | Knappschaft |
| 5. Stelle | 1-Z | individuelle Krankenkassenaufteilung der Verbände (z.B. 1 Barmer GEK, 2 DAK, ... und 1 AOK Nordost, 2 AOK Bayern, ...) |
| | 6.-8. Stelle | 000ff. zur freien Verfügung der in Stellen 4. – 5. bezeichneten Krankenkasse |

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich H [Stationsäquivalente Behandlung Anlage 6b]

Entgeltbezug

- | | | |
|-----------|--------------|--|
| 3. Stelle | 1 | Tagesbezogenes Entgelt |
| | 4.-8. Stelle | 00000ff.
bundesweite Vergabe anhand PEPP-Entgeltkatalog (z.B. `QA80Z` - Anlage 6b) bzw. bei fortlaufender Vergabe: PEPP in Entgeltbezeichnung |
| 3. Stelle | 2 | Fallbezogenes Entgelt |
| | 4.-8. Stelle | 00000ff.
bundesweite Vergabe anhand PEPP-Entgeltkatalog (z.B. `QA80Z` - Anlage 6b) bzw. bei fortlaufender Vergabe: PEPP in Entgeltbezeichnung |

3. Stelle	3	Zeitraumbezogenes Entgelt
4.-8. Stelle	00000ff.	bundesweite Vergabe anhand PEPP-Entgeltkatalog (z.B. `QA80Z` - Anlage 6b) bzw. bei fortlaufender Vergabe: PEPP in Entgeltbezeichnung

Für den Behandlungsbereich C finden derzeit die Entgeltbereiche V und N wie folgt Anwendung:

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich V [vorstationär]

Entgeltbezug

3. Stelle	0	reserviert	
4.-8. Stelle	92900		Fallbezogene Pauschale Allgemeine Psychiatrie
	93000		Fallbezogene Pauschale Kinder- und Jugendpsychiatrie
	93100		Fallbezogene Pauschale Psychosomatik/Psychotherapie
	0XXXX		Einzelleistungsvergütung med.-tech. Großgeräte (nach DKG-NT / BG-T-Ziffern), siehe Anhang B Teil III

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich N [nachstationär]

Entgeltbezug

3. Stelle	0	reserviert	
4.-8. Stelle	92900		Tagesbezogene Pauschale Allgemeine Psychiatrie
	93000		Tagesbezogene Pauschale Kinder- und Jugendpsychiatrie
	93100		Tagesbezogene Pauschale Psychosomatik/Psychotherapie
	0XXXX		Einzelleistungsvergütung med.-tech. Großgeräte (nach DKG-NT / BG-T-Ziffern), siehe Anhang B Teil III

Hinweis:

Der Entgeltbereich A (§ 64b Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen) ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass dieser Entgeltbereich für Krankenhäuser gilt, die Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V neu vereinbaren, unabhängig davon, ob sie bereits das neue Vergütungssystem nach §17d KHG anwenden. Bereits vereinbarte Modellvorhaben gemäß § 63 SGB V bzw. § 24 BPfIV (alt) sind hiervon nicht betroffen.

Bei den Entgeltschlüsseln im Entgeltbereich 1, in denen der Katalog keine weitere Unterscheidung anhand von Vergütungsklassen vorsieht, ist immer die Zusatzinformation 1 an der 8. Stelle zu verwenden.

BPfIV (§ 17d KHG) Entgeltsystematik

Behandlung		Entgeltbereich		Ausprägung				T tagesbezogen F fallbezogen Z zeitraumbezogen		
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8. Stelle			
A Vollstationärer Behandlungs- bereich oder B Teilstationärer Behandlungs- bereich	1	PEPP					1-Z ¹ <small>Vergütungsklasse</small>			Bewertetes Entgelt nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV)
	2	PEPP					0			Zuschlag nach Überschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten (§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV)
	3	PEPP					0			Abschlag nach Unterschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten (§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV)
	6	1	00000						T	Zuschlag für Begleitperson (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 1.Hs. BPfIV) <i>nur vollstationär</i>
			00001						T	Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 2.Hs. BPfIV) <i>nur vollstationär</i>
			00002						T	Investitionszuschlag (bis 31.12.2014)
		2	00000						F	Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 KHG
			00001						F	Zuschlag Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung
			00002						F	reserviert
			00003						F	Zuschlag für Maßnahmen zur Qualitätssicherung
			00004						F	Zuschlag für Sicherstellung
			00005						F	DRG-Systemzuschlag
			00006						F	Systemzuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss (§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V i.V.m. § 139c Satz 1 SGB V)
			00007						F	reserviert
		3	00000						F	Telematikzuschlag
	00001						F	Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren, <i>nur vollstationär</i>		
	7	1	00000ff						T	tagesbezogener Abschlag
			00000						F	Korrektur Ausbildungszuschlag
		2	00001						F	Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Qualitätssicherung
			00002						F	Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung
	8	0	00000ff						T	Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, tagesbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV)
		PEPP Entgelt					1-Z ¹ <small>Vergütungsklasse</small>			Krankenhausindividuell vereinbarte PEPP-Entgelte
		8	00000ff						F	Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, fallbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV)
		9	00000ff						Z	Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, zeitraumbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV)
		A	0	00000ff						
	ZZZZT								Teilzahlungsentgelt Modellvorhaben	
	ZZZZK								Teilzahlungskorrektur Modellvorhaben	
	PEPP Entgelt					1-Z ¹ <small>Vergütungsklasse</small>			Entgelt nach PEPP-Entgeltkatalog in Modellvorhaben	
	PEPP Entgelt								Entgelt nach PEPP-Entgeltkatalog, alphanumerisch (z.B. ET0101)	
	B	1	00000ff						T	Entgelt für besondere Einrichtung (§ 17d Abs. 2 Satz 3 BPfIV), tagesbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV, ab 2017)
2		00000ff						F	Entgelt für besondere Einrichtung (§ 17d Abs. 2 Satz 3 BPfIV), fallbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV, ab 2017)	
3		00000ff						Z	Entgelt für besondere Einrichtung (§ 17d Abs. 2 Satz 3 BPfIV), zeitraumbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV, ab 2017)	
C	0	00000ff							Entgelt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, ab 2017 (§ 7 Satz 1 Nr. 5 BPfIV)	
D	1	00001						T	Teilzahlung (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BPfIV)	
		00002						T	Teilzahlungskorrektur (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BPfIV)	
E	1	00000ff							Entgelt für Belegpatienten, tagesbezogen (§ 8 Abs. 3 Satz 6 BPfIV)	
	2	00000ff						F	Entgelt für Belegpatienten, fallbezogen (§ 8 Abs. 3 Satz 6 BPfIV)	
	3	00000ff						Z	Entgelt Belegpatienten, zeitraumbezogen (§ 8 Abs. 3 Satz 6 BPfIV)	
F	1	1-6	1-Z	000ff					Entgelt für integrierte Versorgung	
	2	1-6	1-Z	000ff					Abschlag für integrierte Versorgung	
C Stationärer Behandlungs- bereich	4	ET0101ff								ergänzende Tagesentgelte
	5	Z	0000ff				0			Zusatzentgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1 Nr. 2 BPfIV)
	9	1	00000ff						T	krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte, tagesbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV)
		2	00000ff						F	krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte, fallbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV)
		3	00000ff						Z	krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte, zeitraumbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV)
	A	0	00000ff							Individuelle Modellentgelte
			99999							Intern reserviert (BEW-Modellvorhaben)
			0	0000ff						Variabler Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (64b Abs. 1 SGB V)
		1	0000ff						Fester Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (64b Abs. 1 SGB V)	
		9	0	0000ff						Variabler Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (64b Abs. 1 SGB V)
	1	0000ff							Fester Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (64b Abs. 1 SGB V)	
	F	1	1-6	1-Z	000ff					Entgelt für integrierte Versorgung
		2	1-6	1-Z	000ff					Abschlag für integrierte Versorgung
	N	0	92900						T	Entgelte für vorstationäre Behandlung, tagesbezogen
			93000							
			93100							
			0XXXX							
			92900							
	V	0	93000						F	Entgelte für vorstationäre Behandlung, fallbezogen
			93100							
0XXXX										
0XXXX										

¹ bei fehlender Unterscheidung von Vergütungsklassen immer „1“
² intern reserviert: [A-C] A099999 (BEW – Modellvorhaben)
³ intern reserviert: C1000000

Schlüssel 5: Entlassungs-/Verlegungsgrund

- 1.u. 2. Stelle
- 01 Behandlung regulär beendet
 - 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 - 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
 - 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
 - 05 Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
 - 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
 - 07 Tod
 - 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
 - 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
 - 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
 - 11 Entlassung in ein Hospiz
 - 12 interne Verlegung
 - 13 externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
 - 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 - 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 - 16 externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs.1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung
 - 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs.1 Satz 15 KHG
 - 18 Rückverlegung
 - 19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung
 - 20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation
 - 21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme
 - 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
 - 23 Beginn eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BpflV-Bereich – für verlegende Fachabteilung)
 - 24 Beendigung eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BpflV-Bereich – für Pseudofachabteilung 0003)
 - 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung – § 4 PEPPV)
 - 26 Beginn eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt (stationsäquivalente Behandlung)
 - 27 Beendigung eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt (stationsäquivalente Behandlung – für Pseudofachabteilung 0004)
 - 28 Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
 - 29 Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt
3. Stelle
- 1 arbeitsfähig entlassen
 - 2 arbeitsunfähig entlassen
 - 9 keine Angabe

Hinweis: Bei Verwendung der Werte 28 und 29 an den Stellen 1-2 ist standardmäßig der Wert `9` (keine Angabe) an der 3. Stelle zu verwenden und wird bei Patienten verwendet, die länger als 95 Stunden beatmet werden.

Hinweis:

Bei Angabe der Ziffern 01 – 04, 14 – 15 und 21 in der 1. und 2. Stelle muss für erwerbstätige Versicherte die 3. Stelle mit ‘1’ (arbeitsfähig entlassen) oder ‘2’ (arbeitsunfähig entlassen) gefüllt werden; in allen anderen Fällen ist die 3. Stelle mit ‘9’ zu füllen.

Es handelt sich um eine Einschätzung des behandelnden Arztes und stellt keinen verbindlichen Vorgriff auf die abschließende Beurteilung durch den behandelnden Vertragsarzt (AU-Bescheinigung) dar.

Die Angabe der Ziffer 13 bezieht sich auf eine Untermenge der ehemals unter Ziffer 06 zusammengefassten Krankenhäuser. Die Ziffer 06 bezieht sich nunmehr nur noch auf externe Verlegungen in Krankenhäuser, sofern nicht in eine psychiatrische oder psychosomatische Abteilung verlegt wird.

Die Angaben ‘16’ und ‘18’ bis ‘21’ in der 1. und 2. Stelle sind nur bei Neueinstufung in Verbindung mit Rückverlegung oder Wiederaufnahme zu verwenden (siehe Anlage 5, Abschnitt 1.4.4) oder ‘16’ und ‘18’ in Verbindung mit Rückverlegung bei Fortführung im BpflV-Bereich (siehe Anlage 5, Abschnitt 1.4.5)!

Für den Bereich der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (Aufnahmegrund `10`) gelten auch die Schlüssel 21x/22x (siehe Anlage 5 die Textziffern 1.4.9.1).

Schlüssel 6: Fachabteilungen

Fachabteilungen gemäß Anhang 1 der BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

1. bis 4. Stelle	0100	Innere Medizin
	0200	Geriatrie
	0300	Kardiologie
	0400	Nephrologie
	0500	Hämatologie und internistische Onkologie
	0600	Endokrinologie
	0700	Gastroenterologie
	0800	Pneumologie
	0900	Rheumatologie
	1000	Pädiatrie
	1100	Kinderkardiologie
	1200	Neonatologie
	1300	Kinderchirurgie
	1400	Lungen- und Bronchialheilkunde
	1500	Allgemeine Chirurgie
	1600	Unfallchirurgie
	1700	Neurochirurgie
	1800	Gefäßchirurgie
	1900	Plastische Chirurgie
	2000	Thoraxchirurgie
	2100	Herzchirurgie
	2200	Urologie
	2300	Orthopädie
	2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
	2500	davon Geburtshilfe
	2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
	2700	Augenheilkunde
	2800	Neurologie
	2900	Allgemeine Psychiatrie
	3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie
	3100	Psychosomatik/Psychotherapie
	3200	Nuklearmedizin
	3300	Strahlenheilkunde
	3400	Dermatologie
	3500	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
	3600	Intensivmedizin
		<u>Ergänzung</u>
	2316	Orthopädie und Unfallchirurgie
	2425	Frauenheilkunde
	3700	Sonstige Fachabteilung

Hinweis:

Der Fachabteilungsschlüssel wird bei Bedarf fortgeschrieben (siehe Anlage 5).

Fachabteilungen mit Differenzierung nach Schwerpunkten

Sofern der Krankenhausplan des jeweiligen Landes eine Differenzierung von/nach Schwerpunkten vorsieht und ein entsprechender Schwerpunkt für das Krankenhaus ausgewiesen ist oder eine Differenzierung im Rahmen eines Vertrages nach § 109 SGB V zwischen den Vertragsparteien vereinbart wurde, können die Fachabteilungen wie folgt verschlüsselt werden:

1. bis 4. Stelle	Fachabteilungen
0102	Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie
0103	Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
0104	Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie
0105	Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
0106	Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie
0107	Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie
0108	Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie
0109	Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie
0114	Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
0150	Innere Medizin/Tumorforschung
0151	Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie
0152	Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten
0153	Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes
0154	Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde
0156	Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
0224	Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
0260	Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflugesätze)
0261	Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflugesätze)
0410	Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0436	Nephrologie/Intensivmedizin
0510	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0524	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
0533	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
0607	Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie
0610	Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0706	Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie
0710	Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0910	Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie
1004	Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie
1005	Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
1006	Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie
1007	Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie
1009	Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie
1011	Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
1012	Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
1014	Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
1028	Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
1050	Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
1051	Langzeitbereich Kinder
1136	Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
1410	Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
1513	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
1516	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie

- 1518 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
- 1519 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
- 1520 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
- 1523 Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
- 1536 Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 1550 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
- 1551 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
- 2021 Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
- 2036 Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
- 2050 Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
- 2118 Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
- 2120 Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
- 2136 Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 2150 Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
- 2309 Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
- 2315 Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
- 2402 Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
- 2405 Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
- 2406 Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
- 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 2851 Neurologie/Schwerpunkt Gerontologie
- 2852 Neurologie/Schwerpunkt Neurologische Frührehabilitation
- 2856 Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
- 2928 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
- 2930 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 2931 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie
- 2950 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung
- 2951 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie
- 2952 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung
- 2953 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik
- 2954 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtambulanz
- 2955 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik
- 2956 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtambulanz
- 2960 Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 2961 Allgemeine Psychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3060 Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3061 Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3110 Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik
- 3160 Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3161 Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3233 Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
- 3305 Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
- 3350 Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
- 3460 Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3601 Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
- 3603 Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
- 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie

- 3617 Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
- 3618 Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
- 3621 Intensivmedizin/Schwerpunkt Herzchirurgie
- 3622 Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
- 3624 Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 3626 Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
- 3628 Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
- 3650 Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
- 3651 Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
- 3652 Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
- 3750 Angiologie
- 3751 Radiologie
- 3752 Palliativmedizin
- 3753 Schmerztherapie
- 3754 Heiltherapeutische Abteilung
- 3755 Wirbelsäulenchirurgie
- 3756 Suchtmedizin
- 3757 Visceralchirurgie
- 3758 Weaningeinheit

Fachabteilungen ohne Differenzierung nach Schwerpunkten oder mit sonstigen Spezialisierungen

1. und 2. Stelle = 1. und 2. Stelle des Fachabteilungsschlüssels (01 bis 37)
3. und 4. Stelle
- a) '00'
 - b) '90'
 - c) '91'
 - d) '92'
 - e)-j) '93'-'98'

Beispiele:

- 0100 Innere Medizin A
- 0190 Innere Medizin B
- (0191 Innere Medizin C)
- (0192 Innere Medizin D)
- (0195 Innere Medizin G)
- 1500 Chirurgie I
- 1590 Chirurgie II
- (1591 Chirurgie III)
- (1592 Chirurgie IV)
- (1597 Chirurgie IX)
- 3700 Sonstige Fachabteilung I
- 3790 Sonstige Fachabteilung II
- (3791 Sonstige Fachabteilung III)
- (3792 Sonstige Fachabteilung IV)
- (3797 Sonstige Fachabteilungen IX)

Hinweis:

Zusätzlich zu '00' kann in der 3. und 4. Stelle '90' bis '98' individuell genutzt werden, um spezialisierte Fachabteilungen zu verschlüsseln, für die kein bundeseinheitlicher Fachabteilungsschlüssel vorgesehen ist.

Bei dieser Differenzierung von Fachabteilungen kommt es im Rahmen der Datenübermittlung nicht auf die exakte Benennung der Art der Spezialisierung oder des Schwerpunktes der Fachabteilung an. Voraussetzung für das Verfahren ist, daß die Vertragsparteien im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung gemeinsam die oben beschriebene Festlegung der Fachabteilungsschlüssel vornehmen.

Sonderregelung für Pseudo-Fachabteilungen im ETL-Segment der Entlassungsanzeige

- 0000 Pseudo-Fachabteilung für den Krankenhausbezug (relevante "Fachabteilung" für die DRG-Gruppierung) bei internen Verlegungen und/oder Rückverlegungen und/oder Wiederaufnahmen und/oder bei externem Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht, siehe Anlage 5, Kapitel 1.2.7
- 0001 Pseudo-Fachabteilung für den Aufenthalt bei Rückverlegung, siehe Anlage 5, Kapitel 1.4.4.2
- 0002 Pseudo-Fachabteilung für den externen Aufenthalt bei Wiederaufnahme
- 0003 Pseudofachabteilung für den externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht im BpflV-Bereich*
- 0004 Pseudofachabteilung für Zeitraum ohne direkten Patientenkontakt (bei stationsäquivalenter Behandlung)

* Hinweis:

„0003“ wird als Fachabteilungsschlüssel bei einem externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht für Versicherte in Krankenhäusern, die gemäß BpflV vergütet werden angewendet (unabhängig von der Anwendung des neuen Vergütungssystems nach §17d KHG - siehe Anlage 5 Kapitel 1.4.10)

Fachabteilungsschlüssel, bei denen nach BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung 50 % APS-intensiv abgerechnet werden kann und deren Abteilungspflegesätze bei gleichzeitiger Abrechnung eines Sonderentgeltes nicht um 20 % zu ermäßigen sind:

- 0436 Nephrologie/Intensivmedizin
- 1136 Kinderkardiologie/Intensivmedizin
- 1536 Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 2036 Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
- 2050 Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
- 2136 Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 2150 Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
- 36xx Intensivmedizin

Der BpflV unterliegende Fachabteilungen werden durch die ersten zwei Stellen identifiziert:

- 29xx Allgemeine Psychiatrie
- 30xx Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 31xx Psychosomatik/Psychotherapie

Der Ort des häuslichen Umfelds wird gemäß § 12 der Vereinbarung zur Stationsäquivalenten Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V wie folgt dokumentiert:

- 2970 Allgemeine Psychiatrie, Stationsäquivalente Behandlung in der Privatwohnung
- 2971 Allgemeine Psychiatrie, Stationsäquivalente Behandlung im Pflegeheim
- 2972 Allgemeine Psychiatrie, Stationsäquivalente Behandlung in weiteren Wohnformen

- 3070 Kinder- und Jugendpsychiatrie, Stationsäquivalente Behandlung in der Privatwohnung
- 3071 Kinder- und Jugendpsychiatrie, Stationsäquivalente Behandlung im Pflegeheim
- 3072 Kinder- und Jugendpsychiatrie, Stationsäquivalente Behandlung in weiteren Wohnformen

Schlüssel 7: Internationales Länderkennzeichen

Quelle: 'Liste der Nationalitätszeichen im internationalen Kraftfahrzeugverkehr' vom Bundesverkehrsministerium, Stand 1. Dezember 1995

Die kursiv gedruckten Länder haben kein internationales Kfz-Länderkennzeichen, die Kennzeichen dazu sind frei vergeben worden.

ET	Ägypten	DOM	Dominikanische Republik
ETH	Äthiopien		
AFG	Afghanistan	EC	Ecuador
AL	Albanien	ES	El Salvador
DZ	Algerien	ER	Eritrea
AND	Andorra	EST	Estland
ANG	Angola	FR	Faröer (dän.)
<i>AB</i>	<i>Antigua und Babuda</i>	<i>FAL</i>	<i>Falklandinseln</i>
RA	Argentinien	FJI	Fidschi
AR	Armenien	FIN	Finnland
AZ	Aserbaidtschan	F	Frankreich
AUS	Australien	<i>GAB</i>	<i>Gabun</i>
BS	Bahamas	WAG	Gambia
BRN	Bahrain	GE	Georgien
BD	Bangladesch	GH	Ghana
BDS	Barbados	GBZ	Gibraltar
BY	Belarus (Weißrußland)	WG	Grenada
B	Belgien	GR	Griechenland
BH	Belize (brit. Honduras)	GB	Vereinigtes Königreich (Großbritannien)
<i>BEN</i>	<i>Benin (Dahorney)</i>		
<i>BHU</i>	<i>Bhutan</i>	GBA	Alderney
BOL	Bolivien	GBG	Guernsey
BIH	Bosnien-Herzegowina	GBJ	Jersey
RB	Botsuana	GBM	Insel Man
BR	Brasilien	GCA	Guatemala
BRU	Brunei Darussalam	<i>GUI</i>	<i>Guinea</i>
BG	Bulgarien	GUY	Guyana
D	Bundesrepublik Deutschland	RH	Haiti
BF	Burkina Faso	HN	Honduras
<i>RU</i>	<i>Burundi</i>	HK	Hongkong
RCH	Chile	IND	Indien
RC	China (Taiwan)	RI	Indonesien
<i>CHI</i>	<i>China (Volksrepublik)</i>	IRQ	Irak
CR	Costa Rica	IR	Iran
CI	Côte d'Ivoire (Elfenbeinküste)	IRL	Irland
DK	Dänemark	IS	Island
WD	Dominica	IL	Israel
		I	Italien
		JA	Jamaika
		J	Japan

<i>JEM</i>	<i>Jemen</i>	MYA	Myanmar (Birma)
JOR	Jordanien	NAM	Namibia
K	Kambodscha	NAU	<i>Nauru</i>
<i>KAM</i>	<i>Kamerun</i>	<i>NEP</i>	<i>Nepal</i>
CDN	Kanada	NZ	Neuseeland
KZ	Kasachstan	NIC	Nicaragua
Q	Katar	NA	Niederl. Antillen (Curacao)
EAK	Kenia	NL	Niederlande
KS	Kirgisistan	RN	Niger
CO	Kolumbien	WAN	Nigeria
RCB	Kongo	N	Norwegen
CD	Kongo, Demokratische Republik	A	Österreich
ROK	Korea (Südkorea)	OM	Oman
RKS	Kosovo	PK	Pakistan
HR	Kroatien	PA	Panama
C	Kuba	<i>PAP</i>	<i>Papua-Neuguinea</i>
KWT	Kuwait	PY	Paraguay
LAO	Laos, Demokratische Volksrepublik	PE	Peru
LS	Lesotho	RP	Philippinen
LV	Lettland	PL	Polen
RL	Libanon	P	Portugal
<i>LBA</i>	<i>Liberia</i>	RWA	Ruanda
<i>LBY</i>	<i>Libyen</i>	RO	Rumänien
FL	Liechtenstein	RUS	Russische Föderation
LT	Litauen	<i>SAL</i>	<i>Salomonen</i>
L	Luxemburg	WL	Santa Lucia
RM	Madagaskar	WV	St. Vincent u. die Grenadinen
MK	Mazedonien (ehemalige jugoslawische Republik)	Z	Sambia
MW	Malawi	WS	Samoa (Westsamoa)
MAL	Malaysia	RSM	San Marino
<i>MDI</i>	<i>Malediven</i>	<i>SAN</i>	<i>Sansibar</i>
RMM	Mali	<i>STO</i>	<i>Sao Tome und Principe</i>
M	Malta	KSA	Saudi Arabien, Königreich
MA	Marokko	S	Schweden
RIM	Mauretanien	CH	Schweiz
MS	Mauritius	SN	Senegal
MEX	Mexiko	<i>SRB</i>	<i>Serbien</i>
<i>MIK</i>	<i>Mikronesien, Föderierte Staaten von</i>	SY	Seychellen
MD	Moldau	WAL	Sierra Leone
MC	Monaco	ZW	Simbabwe
<i>MNG</i>	<i>Mongolei</i>	SGP	Singapur
<i>MNE</i>	<i>Montenegro</i>	SK	Slowakische Republik
MOC	Mosambik	SLO	Slowenien

SP	Somalia	TR	Türkei
E	Spanien	TM	Turkmenistan
<i>SRL</i>	<i>Sri Lanka (Ceylon)</i>	EAU	Uganda
<i>STK</i>	<i>St. Kitts und Nevis</i>	UA	Ukraine
<i>SUD</i>	<i>Sudan</i>	H	Ungarn
ZA	Südafrika	ROU	Uruguay
SME	Suriname	UZ	Usbekistan
SD	Swasiland	V	Vatikanstadt
SYR	Syrien	YV	Venezuela
TJ	Tadschikistan	UAE	Vereinigte Arabische Emirate
EAT	Tansania	USA	Vereinigte Staaten von Amerika
THA	Thailand	VN	Vietnam
RT	Togo	RCA	Zentralafrikanische Republik
TT	Trinidad und Tobago	CY	Zypern
<i>TSD</i>	<i>Tschad</i>		
CZ	Tschechische Republik		
TN	Tunesien		

Schlüssel 8: Merkmal Kostenübernahme

- 1. und 2. Stelle 01 Kostenübernahme, kein Pflegegrad vorhanden
 - A1 Kostenübernahme, kein Pflegegrad vorhanden, Einstufung beantragt
 - B1 Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 1
 - C1 Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 1, Antrag auf Neueinstufung
 - D1 Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 2
 - E1 Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 2, Antrag auf Neueinstufung
 - F1 Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 3
 - G1 Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 3, Antrag auf Neueinstufung
 - H1 Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 4
 - K1 Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 4, Antrag auf Neueinstufung
 - L1 Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 5
 - M1 Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 5, Antrag auf Neueinstufung
- 02 Änderung der Kostenübernahme
- 03 Ablehnung, kein Leistungsanspruch
- 04 Kostenübernahme, Rechnung zusätzlich in Papierform
(Auslands-Versicherter / Auftragsleistung)
- 05 Ablehnung, Unfallversicherungsträger zuständig
- 06 Ablehnung, Rentenversicherungsträger zuständig
- 07 Ablehnung, Krankenversicherungsträger nicht zuständig
- 08 Bestätigung des Versichertenverhältnisses, kein Pflegegrad vorhanden
- A8 Bestätigung des Versichertenverhältnisses, kein Pflegegrad vorhanden,
Einstufung beantragt
- B8 Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 1
- C8 Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 1, Antrag auf
Neueinstufung
- D8 Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 2
- E8 Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 2, Antrag auf
Neueinstufung
- F8 Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 3
- G8 Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 3, Antrag auf
Neueinstufung
- H8 Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 4
- K8 Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 4, Antrag auf
Neueinstufung
- L8 Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 5
- M8 Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 5, Antrag auf
Neueinstufung

- 3 u. 4. Stelle **gilt nur für Knappschaft, sonst leer**
- 10 Kostenübernahme in Höhe der allgemeinen Krankenhausleistungen
 - 21 Wie 10 sowie Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) und für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach dem Vertrag zwischen dem VLK und der Knappschaft in der jeweiligen Fassung auf Grund einer spezifizierten Rechnung
 - 24 Wie 10 sowie Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) und für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach der GOÄ aufgrund einer spezifizierten Rechnung
 - 25 Wie 10 sowie Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen)
 - 26 Wie 10 sowie Übernahme der Kosten für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach dem Vertrag zwischen dem VLK und der Knappschaft in der jeweiligen Fassung auf Grund einer spezifizierten Rechnung
 - 27 Wie 10 sowie Übernahme der Kosten für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach der GOÄ aufgrund einer spezifizierten Rechnung
 - 31 Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) und für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach dem Vertrag zwischen dem VLK und der Knappschaft in der jeweiligen Fassung auf Grund einer spezifizierten Rechnung ohne Kosten der allgemeinen Krankenhausleistung
 - 34 Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) und für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach der GOÄ aufgrund einer spezifizierten Rechnung ohne Kosten der allgemeinen Krankenhausleistung
 - 35 Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) ohne Kosten der allgemeinen Krankenhausleistung
 - 36 Übernahme der Kosten für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach dem Vertrag zwischen dem VLK und der Knappschaft in der jeweiligen Fassung auf Grund einer spezifizierten Rechnung ohne Kosten der allgemeinen Krankenhausleistung
 - 37 Übernahme der Kosten für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach der GOÄ aufgrund einer spezifizierten Rechnung ohne Kosten der allgemeinen Krankenhausleistung

(Das Übermittlungsverfahren bezieht die Liquidation der Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nicht ein!)

Schlüssel 9: Verarbeitungskennzeichen

- 01 reserviert
- 03 reserviert
- Normalfall für Leistungen nach § 140a, § 120 Abs. 1a und § 117 Abs. 2 u. 3 SGB V
- 05 Leistungen nach § 140a SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
- 06 Leistungen nach § 120 Abs. 1a SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
- 07 Leistungen nach § 117 Abs. 3 SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
- 08 Leistungen nach § 117 Abs. 2 SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
- 10 Normalfall
- 11 Ambulante Abrechnung nach § 115b SGBV statt stationäre Abrechnung (nur für AMBO und optional für ZAAO nach Fallstorno „35“)
- 12 Ambulante Abrechnung nach § 116b SGBV (alt) statt stationäre Abrechnung (nur für AMBO und optional für ZAAO nach Fallstorno „35“)
- 13 spezialfachärztliche Leistungen nach § 116b SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
- 14 Leistungen nach § 119c SGB V (nur für AMBO und optional ZAAO)
- 16 Leistungen nach § 116b Abs. 2 SGB V (alt) (nur für AMBO und optional für ZAAO)
- 17 Leistungen nach § 117 Abs. 1 SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
- 18 Leistungen nach § 118 SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
- 19 Leistungen nach § 119 SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
- 20 Änderung
- 30 Fallstorno (durch Krankenhaus, nur über AUFN und AMBO)
- 31 KH-internes Kennzeichen des Versicherten fehlerhaft
- 32 IK des Krankenhauses fehlerhaft
- 33 Kostenträgerzuordnung nicht zutreffend
- 34 Softwarefehler
- 35 Ambulante Abrechnung nach stationärer Aufnahme (nur für AUFN)
- 36 Stornierung Abrechnung nach § 116b Abs. 2 SGB V (nur für AMBO)
- 37 Stornierung Abrechnung nach § 117 Abs. 1 SGB V (nur für AMBO)
- 38 Stornierung Abrechnung nach § 118 SGB V (nur für AMBO)
- 39 Stornierung Abrechnung nach § 119 SGB V (nur für AMBO)
- 40 Storno einer Entlassungsanzeige
- 41 Storno einer Entlassungsanzeige wegen Rückverlegung oder Wiederaufnahme
- Fallstorno für Leistungen nach § 140a, § 116b, § 119c SGB V, § 120 Abs. 1a und § 117 Abs. 2 u. 3 SGB V
- 43 Stornierung Abrechnung spezialfachärztliche Leistungen § 116b SGB V (nur für AMBO)
- 44 Stornierung Abrechnung nach § 119c SGB V (nur für AMBO)

- 45 Stornierung Abrechnung nach § 140a SGB V (nur für AMBO)
- 46 Stornierung Abrechnung nach § 120 Abs.1a SGB V (nur für AMBO)
- 47 Stornierung Abrechnung nach § 117 Abs.3 SGB V (nur für AMBO)
- 48 Stornierung Abrechnung nach § 117 Abs. 2 SGB V (nur für AMBO)
- 75 Information gemäß PrüfvV (nur KAIN und INKA)
- 76 Stornierung einer Information gemäß PrüfvV (nur KAIN und INKA)

Schlüssel 10: Prüfungsvermerk

- 1. und 2. Stelle 01 Rechnungsbetrag wird angewiesen
- 02 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich)
- 03 Rechnung wurde bereits bezahlt
- 04 Krankenkasse ist nicht Kostenträger
- 05 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen
- 06 Es handelt sich bei der Erkrankung um einen Arbeitsunfall bzw. um eine Berufskrankheit. Berufsgenossenschaft ist zuständig
- 07 Es handelt sich um einen BVG-Fall, einen Grenzgänger oder einen Auslands-Versicherten oder einen sonstigen Regreßfall. Rechnung bitte zusätzlich in Papierform
- 11 Rechnungsbetrag wird angewiesen
- 12 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich)
- 13 Rechnung wurde bereits bezahlt
- 15 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen
- 21 Rechnungsbetrag wird angewiesen, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 22 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich), Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 23 Rechnung wurde bereits bezahlt, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 25 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 31 Rechnungsbetrag wird angewiesen, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 32 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich), Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 33 Rechnung wurde bereits bezahlt, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 35 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 41 Rechnungsbetrag wird angewiesen, Belege über entstandene Kosten sind gesondert zur Verfügung zu stellen

- 42 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich), Belege über entstandene Kosten sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 43 Rechnung wurde bereits bezahlt, Belege über entstandene Kosten sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 45 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen, Belege über entstandene Kosten sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 51 Rechnungsbetrag wird angewiesen, Belege über entstandene Kosten und Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 52 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich), Belege über entstandene Kosten und Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 53 Rechnung wurde bereits bezahlt, Belege über entstandene Kosten und Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 55 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen, Belege über entstandene Kosten und Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 61 Rechnungsbetrag wird angewiesen, Beleg über Unzustellbarkeit ist gesondert zur Verfügung zu stellen
- 62 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich), Beleg über Unzustellbarkeit ist gesondert zur Verfügung zu stellen
- 65 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen, Beleg über Unzustellbarkeit ist gesondert zur Verfügung zu stellen

Hinweise:

- 04, 06 Gelangt für Fälle zur Anwendung, bei denen ohne vorhergehenden Aufnahmesatz oder Kostenübernahmesatz eine Rechnung übermittelt wird.
- 05, 15, 25, 35, 45, 55, 65 Gelangt für Fälle zur Anwendung, bei denen die Krankenkasse im Rahmen der Gesetzeslage, des Landesvertrages und aktueller Rechtsprechung eine vom Rechnungsbetrag abweichende Zahlung vornimmt, sowie für Fälle, in denen die Rechnung anerkannt wird und eine Kürzung auf Grund eines Abschlages erfolgt.
- 11 - 65 Gelangt nur bei vollstationären Fällen zur Anwendung.
Die Schlüssel mit der Ausprägung 1 in der ersten Stelle können parallel zu den inhaltsgleichen Schlüsseln mit der Ausprägung 0 in der ersten Stelle und die Schlüssel mit der Ausprägung 2 in der ersten Stelle können parallel zu den inhaltsgleichen Schlüsseln mit der Ausprägung 3 in der ersten Stelle verwendet werden.

Schlüssel 11: Rechnungsart

- | | | |
|-----------|---|---|
| 1. Stelle | 0 | Zahlungssatz wird nicht angefordert |
| | 1 | Fortsetzungspauschale PrüfvV (2. Stelle = 4) |
| | 2 | Vergütung nach vorstationärer Höhe (Ersatzabrechnung; 2. Stelle = 2) |
| | 5 | Zahlungssatz wird angefordert (nicht bei 2. Stelle 4 bis 8) |
| | 8 | Zuzahlungsgutschrift (nur für Zuzahlungsgutschrift / -rückforderung) |
| | 9 | Rückforderung von Zuzahlungen (nur für Zuzahlungsgutschrift / -rückforderung) |
| 2. Stelle | 0 | (nur für Zuzahlungsgutschrift / -rückforderung) |
| | 1 | Zwischenrechnung |
| | 2 | Schlussrechnung |
| | 3 | Nachtragsrechnung |
| | 4 | Gutschrift / Stornierung |
| | 6 | Zahlungserinnerung |
| | 7 | 1. Mahnung |
| | 8 | 2. Mahnung |
| | 9 | Vorausberechnung nach § 14 Abs. 4 BPfIV bzw. § 14 Abs. 9 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung |

Schlüssel 12: Versichertenstatus

- | | |
|--------|---|
| Teil 1 | Versichertenart |
| | 1 Mitglied |
| | 3 Familienversicherter |
| | 5 Rentner und deren Familienangehörige |
| | 9 Auslandversicherte |
| Teil 2 | Besonderer Personenkreis |
| | 00 kein besonderer Personenkreis |
| | 04 § 264 SGB V, Nicht Versicherungspflichtige, Sozialhilfeempfänger |
| | 06 BVG inkl. OEG, BSeuchG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG |
| | 07 besonderer Personenkreis
(in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatlichem Recht und niederl. Grenzgänger, die über eine KV-Karte verfügen; nach Aufwand) |
| | 08 besonderer Personenkreis
(in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatlichem Recht, die über eine KV-Karte verfügen; pauschal) |
| | 09 Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz |
| | 99 Auslandsversicherte |

- Teil 3 DMP-Teilnahme
- 00 keine DMP- Teilnahme
 - 01 Diabetes mellitus Typ 2
 - 02 Brustkrebs
 - 03 koronare Herzkrankheit
 - 04 Diabetes mellitus Typ 1
 - 05 Asthma bronchiale
 - 06 COPD
 - 07 Chronische Herzinsuffizienz
 - 08 Depression
 - 09 Rückenschmerz
 - 99 Auslandsversicherte

Schlüssel 13: reserviert

Schlüssel 14: reserviert

Schlüssel 15: Zuzahlungskennzeichen

- 1 keine Zuzahlungspflicht
- 2 Zuzahlung verrechnet und vom Versicherten vollständig geleistet
- 4 keine Zuzahlungspflicht auf Grund gültiger Bescheinigung nach § 62 SGB V
- 5 keine Zuzahlungspflicht auf Grund gültiger Quittung nach § 61 SGB V
- 6 geringere Zuzahlung auf Grund gültiger Quittung nach § 61 SGB V verrechnet und vom Versicherten vollständig geleistet
- 7 geringere Zuzahlung auf Grund gültiger Quittung nach § 61 SGB V verrechnet und vom Versicherten nicht oder nur teilweise geleistet
- 8 Zuzahlung verrechnet und vom Versicherten nicht oder nur teilweise geleistet

Schlüssel 16: Lokalisation

- R rechts
- L links
- B beidseitig

Schlüssel 17: Diagnosesicherheit

- A ausgeschlossene Diagnose
- V Verdachtsdiagnose
- Z (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose
- G gesicherte Diagnose

Schlüssel 18: Währungskennzeichen

Hinweis: Währungseinheit, codiert nach ISO 4217;

DEM Deutsche Mark
EUR Euro

Schlüssel 19: Zusatzkennzeichen EBM

- 001 Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Hausärztliche Internisten
- 002 Anästhesisten
- 003 Chirurgen
- 004 Frauenärzte
- 005 Hautärzte
- 006 HNO-Ärzte
- 007 Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- 008 Nervenärzte, Neurologen, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
- 009 Notfallärzte
- 010 Orthopäden, Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin
- 011 Nuklearmediziner
- 012 Radiologen
- 013 Strahlentherapeuten
- 014 Urologen
- 015 Fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt (Teilgebiet)

Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt (Teilgebiet):

- 016 - Angiologie
- 017 - Endokrinologie
- 018 - Gastroenterologie
- 019 - Hämatologie und Internistische Onkologie
- 020 - Kardiologie
- 021 - Nephrologie
- 022 - Pneumologie
- 023 - Rheumatologie
- 024 - Orthopäden mit Schwerpunkt Rheumatologie

Schlüssel 20: EBM-Ziffern

siehe Anhang D zu Anlage 2

Bei Erweiterungen im Katalog „EBM“ wird der Schlüssel 20 fortgeschrieben. Sollte im Einzelfall ein Krankenhaus eine EBM-Ziffer, zu dessen Rechnungslegung es berechtigt ist, im Schlüsselverzeichnis nicht wiederfinden, stellt es formlos unter Nennung der EBM-Ziffer einen Antrag auf Erweiterung des Kataloges an den GKV-Spitzenverband (datenaustausch301@gkv-spitzenverband.de). Nach Abklärung des Sachverhaltes durch die autorisierte Schlüsselvergabestelle wird der Schlüssel 20 entsprechend des Ergebnisses der Prüfung fortgeschrieben.

Schlüssel 21: Geschlecht

m	männlich
w	weiblich
d	divers
x	unbestimmt

Schlüssel 22: Leistungsbereich (116b)

- 010100 CT/ MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen
- 010200 Brachytherapie
- 020100 Mukoviszidose
- 020200 Gerinnungsstörungen (Hämophilie)
- 020300 Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskulären Erkrankungen
- 020301 angeborenen Skelettsystemfehlbildungen
- 020302 Fehlbildungen
- 020400 schwerwiegende Immunologische Erkrankungen
- 020600 biliäre Zirrhose
- 020700 primär sklerosierende Cholangitis
- 020800 Morbus Wilson
- 020900 Transsexualismus
- 021001 angeborene Stoffwechselstörungen: Adrenogenitales Syndrom
- 021002 angeborene Stoffwechselstörungen: Hypothyreose
- 021003 angeborene Stoffwechselstörungen: Phenylketonurie
- 021004 angeborene Stoffwechselstörungen: Medium-chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCAD-Mangel)
- 021005 angeborene Stoffwechselstörungen: Galactosaemie
- 021100 Marfan-Syndrom
- 021200 Pulmonale Hypertonie
- 021300 neuromuskuläre Erkrankungen

- 021400 Kurzdarmsyndrom
- 021500 Vor- und Nachbehandlung bei Lebertransplantation
- 030101 onkologische Erkrankungen: Gastrointestinale Tumore, Tumore der Bauchhöhle
- 030102 onkologische Erkrankungen: Tumore der Lunge und des Thorax
- 030103 onkologische Erkrankungen: Knochen- und Weichteil-Tumore
- 030104 onkologische Erkrankungen: Hauttumore
- 030105 onkologische Erkrankungen: Tumore des Gehirns und der peripheren Nerven
- 030106 onkologische Erkrankungen: Kopf- und Halstumore
- 030107 onkologische Erkrankungen: Tumore des Auges
- 030108 onkologische Erkrankungen: Gynäkologische Tumore
- 030109 onkologische Erkrankungen: Urologische Tumore
- 030110 onkologische Erkrankungen: Tumore des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung
- 030111 onkologische Erkrankungen: Tumore bei Kindern und Jugendlichen
- 030200 HIV/ AIDS
- 030300 schwere Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen
- 030301 schwere Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen: Erwachsene
- 030302 schwere Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen: Kinder und Jugendliche
- 030400 schwere Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3 – 4)
- 030500 Tuberkulose
- 030600 Multiple Sklerose
- 030700 Anfallsleiden
- 030800 pädiatrische Kardiologie
- 030900 Frühgeborene mit Folgeschäden
- 031000 Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen

Leistungen nach §116b SGB V in seiner ab 01.01.2012 geltenden Fassung (wird entsprechend fortgeschrieben -§ 116b (neu))

- 1[A-I]0100ff Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen**
- 1A0100 Onkologische Erkrankungen; Gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle
- 1A0200 Onkologische Erkrankungen; gynäkologische Tumore ohne Subspezialisierung
- 1A0201 Onkologische Erkrankungen: Mammakarzinom
- 1A0202 Onkologische Erkrankungen: Subspezialisierung andere gynäkologische Tumore
- ...
- 1A0300 Urologische Tumore
- 1A0400 Hauttumore

- 1B0100 Rheumatologische Erkrankungen; Erwachsene
- 1B0101 Rheumatologische Erkrankungen; Kinder
- ...

2[A-Z]0100ff Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen

2A0100 Tuberkulose; Tuberkulose und atypische Mykobakteriose

2B0100 Mukoviszidose

2C0100 Hämophilie

...

2H0100 Morbus – Wilson

2K0100 Marfan-Syndrom

2L0100 pulmonale Hypertonie

2O0100 ausgewählte seltene Lebererkrankungen

...

3[A-B]0100ff Hochspezialisierte Leistungen

....

Schlüssel 23: PIA-Leistung

Bisherige Ausprägungen gültig bis 31.12.2018:

Bundeseinheitlicher Katalog für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nach § 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V

PIA-001	PIA-Leistung ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung
PIA-002	PIA-Leistung mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung
PIA-003	PIA-Leistung mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung
PIA-004	PIA-Leistung ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung

Neu ab 01.07.2018:

Leistungen von Ärzten

PIA-11A	Leistungen von Ärzten, Einzelbehandlung, bis 20 Min.
PIA-11B	Leistungen von Ärzten, Einzelbehandlung, > 20 bis 60 Min.
PIA-11C	Leistungen von Ärzten, Einzelbehandlung, > 60 Min.
PIA-14A	Leistungen von Ärzten, Kleingruppe, bis 60 Min.
PIA-14B	Leistungen von Ärzten, Kleingruppe, > 60 bis 90 Min.
PIA-14C	Leistungen von Ärzten, Kleingruppe, > 90 Min.
PIA-15A	Leistungen von Ärzten, Großgruppe, bis 60 Min.
PIA-15B	Leistungen von Ärzten, Großgruppe, > 60 bis 90 Min.
PIA-15C	Leistungen von Ärzten, Großgruppe, > 90 Min.
PIA-16A	Leistungen von Ärzten, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, bis 20 Min.
PIA-16B	Leistungen von Ärzten, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 20 bis 60 Min.
PIA-16C	Leistungen von Ärzten, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 60 Min.

Leistungen von Psychologen

PIA-21A	Leistungen von Psychologen, Einzelbehandlung, bis 20 Min.
PIA-21B	Leistungen von Psychologen, Einzelbehandlung, > 20 bis 60 Min.
PIA-21C	Leistungen von Psychologen, Einzelbehandlung, > 60 Min.
PIA-24A	Leistungen von Psychologen, Kleingruppe, bis 60 Min.
PIA-24B	Leistungen von Psychologen, Kleingruppe, > 60 bis 90 Min.
PIA-24C	Leistungen von Psychologen, Kleingruppe, > 90 Min.
PIA-25A	Leistungen von Psychologen, Großgruppe, bis 60 Min.
PIA-25B	Leistungen von Psychologen, Großgruppe, > 60 bis 90 Min.
PIA-25C	Leistungen von Psychologen, Großgruppe, > 90 Min.
PIA-26A	Leistungen von Psychologen, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, bis 20 Min.
PIA-26B	Leistungen von Psychologen, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 20 bis 60 Min.
PIA-26C	Leistungen von Psychologen, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 60 Min.

Leistungen von Pflegepersonal

PIA-31A	Leistungen von Pflegepersonal, Einzelbehandlung, bis 20 Min.
PIA-31B	Leistungen von Pflegepersonal, Einzelbehandlung, > 20 bis 60 Min.
PIA-31C	Leistungen von Pflegepersonal, Einzelbehandlung, > 60 Min.
PIA-34A	Leistungen von Pflegepersonal, Kleingruppe, bis 60 Min.
PIA-34B	Leistungen von Pflegepersonal, Kleingruppe, > 60 bis 90 Min.
PIA-34C	Leistungen von Pflegepersonal, Kleingruppe, > 90 Min.
PIA-35A	Leistungen von Pflegepersonal, Großgruppe, bis 60 Min.
PIA-35B	Leistungen von Pflegepersonal, Großgruppe, > 60 bis 90 Min.
PIA-35C	Leistungen von Pflegepersonal, Großgruppe, > 90 Min.
PIA-36A	Leistungen von Pflegepersonal, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, bis 20 Min.
PIA-36B	Leistungen von Pflegepersonal, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 20 bis 60 Min.
PIA-36C	Leistungen von Pflegepersonal, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 60 Min.

Leistungen von Sozialpädagogen

PIA-41A	Leistungen von Sozialpädagogen, Einzelbehandlung, bis 20 Min.
PIA-41B	Leistungen von Sozialpädagogen, Einzelbehandlung, > 20 bis 60 Min.
PIA-41C	Leistungen von Sozialpädagogen, Einzelbehandlung, > 60 Min.
PIA-44A	Leistungen von Sozialpädagogen, Kleingruppe, bis 60 Min.
PIA-44B	Leistungen von Sozialpädagogen, Kleingruppe, > 60 bis 90 Min.
PIA-44C	Leistungen von Sozialpädagogen, Kleingruppe, > 90 Min.
PIA-45A	Leistungen von Sozialpädagogen, Großgruppe, bis 60 Min.
PIA-45B	Leistungen von Sozialpädagogen, Großgruppe, > 60 bis 90 Min.
PIA-45C	Leistungen von Sozialpädagogen, Großgruppe, > 90 Min.
PIA-46A	Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, bis 20 Min.
PIA-46B	Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 20 bis 60 Min.
PIA-46C	Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 60 Min.

Leistungen von Spezialtherapeuten

PIA-51A	Leistungen von Spezialtherapeuten, Einzelbehandlung, bis 20 Min.
PIA-51B	Leistungen von Spezialtherapeuten, Einzelbehandlung, > 20 bis 60 Min.
PIA-51C	Leistungen von Spezialtherapeuten, Einzelbehandlung, > 60 Min.
PIA-54A	Leistungen von Spezialtherapeuten, Kleingruppe, bis 60 Min.
PIA-54B	Leistungen von Spezialtherapeuten, Kleingruppe, > 60 bis 90 Min.
PIA-54C	Leistungen von Spezialtherapeuten, Kleingruppe, > 90 Min.
PIA-55A	Leistungen von Spezialtherapeuten, Großgruppe, bis 60 Min.

- PIA-55B Leistungen von Spezialtherapeuten, Großgruppe, > 60 bis 90 Min.
- PIA-55C Leistungen von Spezialtherapeuten, Großgruppe, > 90 Min.
- PIA-56A Leistungen von Spezialtherapeuten, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, bis 20 Min.
- PIA-56B Leistungen von Spezialtherapeuten, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 20 bis 60 Min.
- PIA-56C Leistungen von Spezialtherapeuten, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 60 Min.

Ohne Zuordnung zu Berufsgruppen

- PIA-60Z Fallbesprechung
- PIA-17Z Aufwändige Laboruntersuchungen
- PIA-18Z Aufwändige apparative Diagnostik

Zusatzleistungsschlüssel

- PIA-81Z Medikamentöse Ein- und Umstellung
- PIA-82Z Krisenintervention
- PIA-83Z Psychotherapie
- PIA-86Z Aufsuchende Behandlung ohne Fahrzeit

Ergänzende Zusatzleistungsschlüssel (nur für Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 3 SGB V)

- PIA-91Z Behandlungsbeginn mit Überweisung
- PIA-92Z Behandlungsbeginn als Anschlussbehandlung nach stationärer Behandlung
- PIA-93Z Übergang in die vertragsärztliche Versorgung

Schlüssel 24: Leistungsart

- A1 PIA Leistungsdokumentation gemäß Schlüssel 23
- A2 Leistungsbereich der Behandlung nach §116b SGB V gemäß Schlüssel 22
- A3 geplante ambulante Operation ist nicht zustande gekommen
- A4 Dokumentation für Einrichtungen nach § 119, §119c SGB V (soweit vereinbart)*
- A5 Dokumentation schwerer Verlaufsformen nach § 116b (neu) gemäß Schlüssel 28
- A6 Dokumentation schwerer Verlaufsformen nach § 116b (neu) gemäß Schlüssel 29
- A7 Dokumentation für Einrichtungen nach § 117 SGB V (soweit individuell vereinbart)*

Hinweis: Wird im Segment LEI der Schlüssel „A4“ angegeben, erfolgt die Angabe des Leistungsschlüssels entsprechend individueller Vereinbarung der Vertragspartner. Der Leistungstag wird, sofern vereinbart, angegeben. Bei der Übermittlung Leistungsart A4, A7 wird im Leistungsschlüssel an den ersten beiden Stellen je Bundesland wie folgt unterschieden:

Stelle 1 und 2 des Leistungsschlüssels	Bundesland
--	------------

01	Schleswig-Holstein
02	Hamburg
03	Niedersachsen
04	Bremen
05	Nordrhein-Westfalen
06	Hessen
07	Rheinland-Pfalz
08	Baden-Württemberg
09	Bayern
10	Saarland
11	Berlin
12	Brandenburg
13	Mecklenburg-Vorpommern
14	Sachsen
15	Sachsen-Anhalt
16	Thüringen

Schlüssel 25: Teamebene (§116b)

01	Teamleitung
02	Mitglied des Kernteams
03	Hinzugezogener Facharzt

Schlüssel 26: KV-Bezirk

Stelle 1 und 2 des KV-Bezirks	Bundesland
01	Schleswig-Holstein
02	Hamburg
03	Bremen
17	Niedersachsen
20	Westfalen-Lippe
38	Nordrhein
46	Hessen
51	Rheinland-Pfalz

52	Baden-Württemberg
71	Bayern
72	Berlin
73	Saarland
78	Mecklenburg-Vorpommern
83	Brandenburg
88	Sachsen-Anhalt
93	Thüringen
98	Sachsen

Schlüssel 27: Fachgruppencode (§116b)

Bezeichnung	Fachgruppencode
Arzt; obsolet (ohne Facharzt-Weiterbildung ab 1986 bis 1991)	Hausarzt: 02 FA: entsprechend dem Abrechnungsfachgebiet
Praktischer Arzt; obsolet (altes Recht vor 1987 bzw. EWG-Recht ab 86/457/EWG)	Hausarzt: 02, FA: entsprechend dem Abrechnungsfachgebiet
Gebiet Allgemeinmedizin	
FA Allgemeinmedizin (alte (M-)WBO, kammerindividuell, EU-Ärzte)	Hausarzt: 01 FA: entsprechend dem Abrechnungsfachgebiet
FA Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)	Hausarzt: 01 FA: entsprechend dem Abrechnungsfachgebiet
SP Geriatrie, kammerindividuell	Hausarzt: 01 FA: entsprechend dem Abrechnungsfachgebiet
Gebiet Anästhesiologie	
FA Anästhesiologie	04
FA Anästhesiologie und Intensivtherapie; kammerindividuell, obsolet	04
Gebiet Augenheilkunde	
FA Augenheilkunde	05
Gebiet Chirurgie	
FA Allgemeine Chirurgie	06
FA Chirurgie; obsolet	06
FA Gefäßchirurgie	07
TG Herz- und Gefäßchirurgie; neue Bundesländer, obsolet	07
SP Gefäßchirurgie; obsolet	07
FA Visceralchirurgie	08
SP Visceralchirurgie; obsolet	08
FA Kinderchirurgie	09
TG Kinderchirurgie; obsolet	09
FA Orthopädie und Unfallchirurgie	10
FA Orthopädie; obsolet	10
SP Unfallchirurgie; obsolet	11
SP Rheumatologie (der ehemaligen Orthopädie); obsolet	12

Bezeichnung	Fachgruppencode
FA Plastische Chirurgie	13
SP Plastische Chirurgie	13
FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	13
TG Plastische Chirurgie; obsolet	13
SP Thoraxchirurgie in der Chirurgie; obsolet	14
TG Thorax- und Kardiovascularchirurgie; obsolet	14
Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	15
SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	16
SP Gynäkologische Onkologie	17
SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	18
Gebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	19
FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	20
FA Phoniatrie und Pädaudiologie; obsolet	20
SP Phoniatrie und Pädaudiologie; obsolet	20
TG Audiologie; neue Bundesländer, obsolet	20
TG Phoniatrie; neue Bundesländer, obsolet	20
Gebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten	
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	21
Gebiet Humangenetik	
FA Humangenetik	22
Fachwissenschaftler Genetik	22
Gebiet Innere Medizin	
FA Innere Medizin und SP gesamte Innere Medizin; kammerindividuell	Hausarzt: 03, Internist: 23
FA Innere Medizin; obsolet	Hausarzt: 03, Internist: 23
FA Innere Medizin und SP Angiologie	24
SP Angiologie; obsolet	24
FA Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie	25
SP Endokrinologie; obsolet	25
SP Endokrinologie und Diabetologie; kammerindividuell, obsolet	25
TG Diabetologie; neue Bundesländer, obsolet	25
FA Innere Medizin und SP Gastroenterologie	26

Bezeichnung	Fachgruppencode
FA Magenarzt; obsolet	26
SP Gastroenterologie; obsolet	26
FA Innere Medizin und SP Hämatologie und Onkologie	27
SP Hämatologie und Internistische Onkologie; obsolet	27
TG Hämatologie; obsolet	27
FA Innere Medizin und SP Kardiologie	28
SP Kardiologie; obsolet	28
TG Kardiologie und Angiologie; kammerindividuell, obsolet	28
FA Innere Medizin und SP Nephrologie	29
SP Nephrologie; obsolet	29
TG Nephrologie; obsolet	29
FA Innere Medizin und SP Pneumologie	30
FA Lungenarzt; obsolet	30
SP Pneumologie; obsolet	30
TG Lungen- und Bronchialheilkunde; obsolet	30
FA Innere Medizin und SP Rheumatologie	31
SP Rheumatologie; obsolet	31
SP Geriatrie; obsolet (vor 2003 in Muster-WBO der Bundesärztekammer)	32
FA Innere Medizin und SP Geriatrie; kammerindividuell	32
SP Infektiologie; kammerindividuell, obsolet	33
TG Infektions- und Tropenmedizin; neue Bundesländer, obsolet	33
Gebiet Kinder- und Jugendmedizin	
FA Kinder- und Jugendmedizin	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Arzt für Kinder- und Jugendmedizin; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Kinderheilkunde; obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Kinder- und Jugendarzt; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Kinder- und Jugendmedizin; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40

Bezeichnung	Fachgruppencode
SP Infektiologie; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
SP Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie; kammerindividuell	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
TG Kinderdiabetologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
SP Kinder-Gastroenterologie; kammerindividuell	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
TG Kindergastroenterologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
SP Kinder-Nephrologie; kammerindividuell	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
TG Kindernephrologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
TG Kinderreumatologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie	Hausarzt: 35; Facharzt: 41
TG Kinderhämatologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 35; Facharzt: 41
SP Kinder-Kardiologie	Hausarzt: 36; Facharzt: 42
SP Neonatologie	Hausarzt: 37; Facharzt: 43
SP Neuropädiatrie	Hausarzt: 38; Facharzt: 44
TG Kinderneuropsychiatrie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 38; Facharzt: 44
SP Kinder-Pneumologie; kammerindividuell	Hausarzt: 39; Facharzt: 45
TG Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 39; Facharzt: 45
Facharztbezeichnung aus dem Gebiet Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunktbezeichnung und Teilnahme an der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung	46

Bezeichnung	Fachgruppencode
Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	47
FA Kinder- und Jugendpsychiatrie; obsolet	47
Gebiet Laboratoriumsmedizin	
FA Laboratoriumsmedizin	48
TG Mikrobiologie; obsolet	48
Fachwissenschaftler Chemie und Labordiagnostik	48
Gebiet Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	
FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	49
FA Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie; obsolet	49
FA Experimentelle und diagnostische Mikrobiologie; neue Bundesländer, obsolet	49
Fachzahnarzt für Mikrobiologie	49
Gebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	
FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	50
FA Kieferchirurgie; obsolet	50
Fachzahnarzt für Kieferchirurgie (§ 6 Abs. 1 BMV)	50
FA Nervenheilkunde; obsolet	51
FA Neurologie und Psychiatrie; obsolet	51
TG Kinderneuropsychiatrie; neue Bundesländer, obsolet	44
Gebiet Neurochirurgie	
FA Neurochirurgie	52
Gebiet Neurologie	
FA Neurologie	53
SP Geriatrie, kammerindividuell	53
Gebiet Nuklearmedizin	
FA Nuklearmedizin	54
Gebiet Pathologie	
FA Neuropathologie	55
TG Neuropathologie; obsolet	55
FA Pathologische Anatomie; kammerindividuell, obsolet	56
FA Pathologie	56
Fachwissenschaftler Zytologie/Histologie	56
Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin	

Bezeichnung	Fachgruppencode
FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	57
FA Physiotherapie; neue Bundesländer, obsolet	57
Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie	
FA Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie; kammerindividuell, obsolet	51
FA Psychiatrie und Psychotherapie	58
FA Psychiatrie; obsolet	58
SP Geriatrie	58
SP Forensische Psychiatrie	59
Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	60
FA Psychotherapeutische Medizin; obsolet	60
FA Psychotherapie; neue Bundesländer, obsolet	60
Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Zusatzbezeichnung)	61
Gebiet Radiologie	
FA Radiologie (neue (M-)WBO)	62
FA Diagnostische Radiologie; obsolet	62
FA Radiologie (alte (M-)WBO); obsolet	62
FA Radiologische Diagnostik; obsolet	62
FA Strahlentherapie und Radiologische Diagnostik; obsolet	62
SP Kinderradiologie	63
SP Neuroradiologie	64
TG Neuroradiologie; obsolet	64
TG Strahlentherapie; obsolet	65
Gebiet Strahlentherapie	
FA Strahlentherapie	65
Gebiet Transfusionsmedizin	
FA Transfusionsmedizin	66
FA Blutspende- und Transfusionsmedizin; kammerindividuell, obsolet	66
Gebiet Urologie	
FA Urologie	67
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten	
Psychologischer Psychotherapeut	68
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut	69

Bezeichnung	Fachgruppencode
weitere Fachgruppen:	
Gebiet Anatomie	
FA Anatomie	99
Gebiet Arbeitsmedizin	
FA Arbeitsmedizin	99
FA Arbeitshygiene; neue Bundesländer, obsolet	99
Gebiet Biochemie	
FA Biochemie	99
Gebiet Chirurgie	
FA Herzchirurgie	99
FA Thoraxchirurgie	99
SP Thoraxchirurgie in der Herzchirurgie; obsolet	99
SP Echokardiologie herznaher Gefäße; obsolet	
Gebiet Hygiene und Umweltmedizin	
FA Hygiene und Umweltmedizin	99
FA Hygiene; kammerindividuell, obsolet	99
FA Immunologie; neue Bundesländer, obsolet	99
Gebiet Öffentliches Gesundheitswesen	
FA Öffentliches Gesundheitswesen	99
Gebiet Pharmakologie	
FA Klinische Pharmakologie	99
FA Pharmakologie und Toxikologie	99
TG Klinische Pharmakologie; obsolet	99
Gebiet Physiologie	
FA Physiologie	99
Gebiet Rechtsmedizin	
FA Rechtsmedizin	99
FA Sozialhygiene; neue Bundesländer, obsolet	99
FA Sportmedizin; neue Bundesländer, obsolet	99
Fachzahnärzte nach § 10a Abs. 1 BÄO, § 6 BMV (neue Bundesländer)	
Fachzahnarzt für theoretisch-experimentelle Medizin	99
(§ 6 Abs. 2 BMV)	
Fachwissenschaftler der Medizin, § 7 BMV (neue Bundesländer)	

Bezeichnung	Fachgruppencode
Fachbiologie der Medizin	99
Fachwissenschaftler Immunologie	99

Schlüssel 28: Dokumentation schwerer Verlaufsformen – TNM – nach § 116b (neu)

In ASV-Fällen, in denen die Diagnose der Erkrankung (ICD-Kode) alleine bereits den schweren Verlauf erkennen lässt („Im Regelfall schwere Verlaufsform“), ist keine Übermittlung ergänzender Dokumentationen erforderlich. Für Patienten mit einer „im Regelfall schweren Verlaufsform“ genügt die Übermittlung des ICD-10_GM-Codes.

In ASV-Fällen, in denen sich bei „im Einzelfall schweren Verlaufsformen“ aus den übermittelten Diagnose(n) die schwere Verlaufsform der Erkrankung nicht bereits durch die Angabe der Diagnose(n) ergibt, muss zusätzlich eine die schwere Verlaufsform dokumentierende Angabe nach den folgenden Schlüsseln erfolgen. Diese Angabe ist zu Beginn der Behandlung im Rahmen der ASV im ersten Behandlungsquartal von mindestens einem ASV-Berechtigten des Kernteams zu übermitteln. Sofern gemäß Konkretisierung ein Überweisungserfordernis vorliegt, ist diese Angabe, nach Ablauf der in der jeweiligen Anlage der ASV-RL vorgegebenen Frist, d.h. zu Beginn des neuen „ASV-Überweisungsfalls“, zu melden. Als Grundlage dient die internationale Klassifizierung von Tumorstadien (TNM) der „Union internationale contre le cancer“ (UICC). Die hier abgebildeten Ausprägungen werden in einer einzigen 11-stelligen Ziffern- und Buchstabenkombination abgebildet [z.B.: rT1N2M1G2R1]. Diese 11 Stellen werden wie folgt abgebildet:

1. Stelle: r – Rezidiv

0	kein Rezidiv vorhanden
r	r – Rezidiv vorhanden

2. Stelle: T - Tumorklassifikation

T	Standardwert
---	--------------

3. Stelle: T – Tumorklassifikationen-Ausprägung

0	T0 nach TNM
1	T1 nach TNM
2	T2 nach TNM
3	T3 nach TNM
4	T4 nach TNM
X	Tx oder Tis nach TNM

4. Stelle: N - Lymphknotenmetastasen

N	Standardwert
---	--------------

5. Stelle: N – Lymphknotenmetastasen-Ausprägung

0	N0 nach TNM
1	N1 nach TNM

2	N2 nach TNM
3	N3 nach TNM
X	Nx nach TNM

6. Stelle: M - Fernmetastasen

M	Standardwert
---	--------------

7. Stelle: M - Fernmetastasen-Ausprägung

0	M0 nach TNM
1	M1 nach TNM

8. Stelle: G - Grading

G	Standardwert
---	--------------

9. Stelle: G - Grading-Ausprägung

1	G1 – Gut differenziert
2	G2 – Mäßig differenziert
3	G3 – Schlecht differenziert
4	G4 - Undifferenziert
X	Gx – Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden

10. Stelle: R - Residualtumor

R	Standardwert
---	--------------

11. Stelle: R – Residualtumor-Ausprägung

0	R0 – Kein Residualtumor
1	R1 – Mikroskopischer Residualtumor
2	R2 – Makroskopischer Residualtumor, Mikroskopisch nicht bestätigt
X	Rx – Vorhandensein von Residualtumor kann nicht beurteilt werden

Hinweis:

In den Fällen, in denen der TNM-Status als Nachweis für den schweren Verlauf gefordert ist, wird dieser vollständig übermittelt.

Schlüssel 29: Dokumentation schwerer Verlaufsformen-Progression – nach § 116b (neu)

In ASV-Fällen, in denen die Diagnose der Erkrankung (ICD-Kode) alleine bereits den schweren Verlauf erkennen lässt („Im Regelfall schwere Verlaufsform“), ist keine Übermittlung ergänzender Dokumentationen erforderlich. Für Patienten mit einer „im Regelfall schweren Verlaufsform“ genügt die Übermittlung des ICD-10-GM-Codes.

In ASV-Fällen, in denen sich bei „im Einzelfall schweren Verlaufsformen“ aus den übermittelten Diagnose(n) die schwere Verlaufsform der Erkrankung nicht bereits durch die Angabe der Diagnose(n) ergibt, muss zusätzlich eine die schwere Verlaufsform dokumentierende Angabe nach dem folgenden Schlüssel erfolgen. Diese Angabe ist im ersten Behandlungsquartal zu übermitteln, darüber hinaus bei Beginn eines neuen „ASV-Überweisungsfalls“.

1. Stelle: P – Progression der Tumorerkrankung

0	keine Progression vorhanden
1	Progression vorhanden

In den Fällen, in denen die Progression als Nachweis für den schweren Verlauf gefordert ist, wird diese übermittelt.

Schlüssel 30: Information PrüfvV

Einleitung des Prüfverfahrens (§4 PrüfvV) – nur KAIN

- PF000 primäre Fehlbelegung (nur KAIN)
SF000 sekundäre Fehlbelegung (nur KAIN)
KP000 Kodierprüfung (nur KAIN)
FV000 Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen (nur KAIN)
KL000 Klartext bei Nennung anderer/weiterer Prüfgegenstände (nur KAIN)

Vorverfahren (§5 PrüfvV)– nur KAIN

- FDK01 Aufforderung zum Falldialog (nur KAIN)
FDK02 Annahme der Aufforderung zum Falldialog (nur KAIN)
FDK03 Ablehnung eines Falldialoges (nur KAIN)
- FDK11 Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs (nur KAIN)
FDK12 Annahme der Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs (nur KAIN)
FDK13 Ablehnung der Verlängerung des Falldialoges (nur KAIN)
- BEF00 Beendigung des Prüfverfahrens aufgrund Einigung im Falldialog – ohne Datenkorrektur (§ 5 Abs. 6 PrüfvV - nur KAIN)
BEK00 Beendigung des Prüfverfahrens aufgrund Datenkorrektur – MDK nicht notwendig (nur KAIN)

Vorverfahren (§5 PrüfvV)– nur INKA

- FDI01 Aufforderung zum Falldialog (nur INKA)
FDI02 Annahme der Aufforderung zum Falldialog (nur INKA)
FDI03 Ablehnung eines Falldialoges (nur INKA)
- FDI11 Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs (nur INKA)
FDI12 Annahme der Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs (nur INKA)
FDI13 Ablehnung der Verlängerung des Falldialoges (nur INKA)

Vorverfahren (§5 PrüfvV)– nur KAIN und INKA

- FDK20 Erklärung über die Beendigung des Falldialogs (nur KAIN)
FDI20 Erklärung über die Beendigung des Falldialogs (nur INKA)

Durchführung MDK-Prüfung (§7 Abs. 2 PrüfvV)– nur KAIN

MDK10 Keine oder nicht vollständige Unterlagen an MDK mit Folge der Aufrechnung (KAIN)

Entscheidung der Krankenkasse nach MDK-Gutachten (§8 PrüfvV) – nur KAIN

MDK01 Leistungsrechtliche Entscheidung hat keine Beanstandung der Abrechnung als Ergebnis (nur KAIN)

MDK02 Leistungsrechtliche Entscheidung hat Beanstandung der Abrechnung als Ergebnis (nur KAIN)

MDK03 Leistungsrechtliche Entscheidung hat aufgrund Datensatzkorrektur (§7 Abs. 5 PrüfvV) im MDK-Verfahren keine Beanstandung der Abrechnung als Ergebnis (nur KAIN)

MDK04 Festlegung des Aufschlages gemäß § 275c Abs. 3 SGB V durch die Krankenkasse (nur KAIN)

Nachverfahren (§9 PrüfvV) – nur INKA

NVI01 Vorschlag eines Nachverfahrens, begründete Stellungnahme (INKA)

Schlüssel 31: Art der Information (Entlassmanagement)

Einwilligung zum Entlassmanagement (nur KHIN)

JA000	Einwilligungserklärung des Patienten liegt vor (zur Unterstützung durch die Krankenkassen Anlage 1b Nr.1 und 2 wurden als „JA“ bestätigt)
JA001	Einwilligungserklärung des Patienten durch einen gesetzlichen Vertreter liegt vor (zur Unterstützung durch die Krankenkassen Anlage 1b Nr.1 und 2 wurden als „JA“ bestätigt)
WIDRU	Widerruf zur Einwilligung des Patienten in die Unterstützung ist erfolgt
WIDRV	Widerruf zur Einwilligung des Patienten durch einen gesetzlichen Vertreter in die Unterstützung ist erfolgt

Kontaktdaten

KONTA	Angabe des für das Entlassmanagement im konkreten Fall zu nutzenden Kontaktes (Telefonnummer) (nur KHIN)
KONKK	Angabe des für das Entlassmanagement zuständigen Ansprechpartners der Krankenkasse (nur KANT)

Informationen zum Entlassmanagement (nur KHIN)

HIMIO	Unterstützungsbedarf zum Thema Hilfsmittelversorgung
HKP00	Unterstützungsbedarf zum Thema Häusliche Krankenpflege
HEIM0	Unterstützungsbedarf zum Thema Heilmittel
BEAT0	Information über Beatmungspatienten (u.a. Angabe zum Weaningpotential)
REHA0	Unterstützungsbedarf zum Thema Rehabilitation
AHB00	Unterstützungsbedarf zum Thema Anschlussheilbehandlung
PFLEG	Unterstützungsbedarf zum Thema Leistungen der Pflegeversicherung (allgemein)
KURZP	Unterstützungsbedarf zum Thema Kurzzeitpflege
HAHI0	Unterstützungsbedarf zum Thema Haushaltshilfe/hauswirtschaftliche Versorgung
PFBER	Unterstützungsbedarf durch Einbeziehung eines Pflegeberaters
PSYUN	Psychosoziale Unterstützung
SOZIL	Unterstützungsbedarf durch soziale/sozialrechtliche Beratung
BERUF	Unterstützungsbedarf zum Thema berufliche Wiedereingliederung
SAPVU	Unterstützungsbedarf zum Thema SAPV
HOSPZ	Unterstützungsbedarf zum Thema Hospiz
SONT0	Unterstützungsbedarf zu sonstigen Bereichen (anderweitig nicht zuordenbar)

Vorschläge für weitere Behandlung (nur KHIN)

EMA01	Diagnostische Klärung
EMA02	Stationäre Behandlung

EMA03	Operation
EMA04	Psychotherapie
EMA05	Rehabilitations-Sport
EMA06	Rheumafunktionstraining
EMA07	Selbsthilfegruppe
EMA08	Ambulante Rehabilitation (Sucht)
EMA09	Vorstellung Suchtberatung
EMA10	Spezielle Nachsorge
EMA11	Stufenweise Wiedereingliederung
EMA12	Prüfung berufsfördernde Leistung
EMA13	Gewichtsreduktion
EMA14	Alkoholkarenz
EMA15	Nikotinkarenz
EMA16	Wiederholungsheilbehandlung
EMA17	Sonstige Anregung
EMAGE	Angabe geeigneter Einrichtungen

Anhang A: reserviert

Anhang B: Entgeltarten

siehe Dokument ANL2B-xx.DOC

Anhang C: Fehlercodes

siehe Dokument ANL2C-xx.DOC

Anhang D: EBM-Ziffern

siehe Dokument EBMxx.XLS

